ROK III. Nr. 5—6.

CZERWIEC 1928 LIPIEC.

ECHO DENTYSTYCZNE

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM DENTYSTYKI.

REDAKTOR:
LEKARZ-DENTYSTA S. SOKALSKI

WYDAWCA:
SKŁAD MATERJAŁÓW I PRZYBORÓW DENTYSTYCZNYCH
CH. OGÓLNIK

ADRES REDAKCJI I ADMINISTRACJI:
CH. OGÓLNIK, ŁÓDŹ
PIOTRKOWSKA 23 TELEFON Nr. 23-78

SPEKTRALNE DZIENNE ŚWIATŁO „GAMAIN"



ZASTĘPUJE NATURALNE
SŁONECZNE ŚWIATŁO
DZIENNE

Każde sztuczne światło, specjalnie zaś elektryczne, męczy oczy i zmienia barwę. Wynika to z tego, iż światło sztuczne składa się z innych promieni niż naturalne światło dzienne. Lampa „GAMAIN" drogą optyczno-spektralną reprodukuje ściśle słoneczne światło dzienne. Niema ona nic wspólnego z innemi, t. zw. dziennemi (jakoby) lampami, gdyż wszystkie te lampy dają światło nie dzienne, lecz jedynie do dziennego podobne.
Odcienie kolorów, rozpoznawane w świetle „GAMAIN" nie jest ograniczone wyłącznie do celów medycznych, lecz oddaje ono nieocenione usługi zarówno w przemyśle i handlu, jak i tam wszędzie, gdzie stwierdzenie odcieni kolorów jest konieczne.
Lampa „GAMAIN" wskazana jest dla biur i gabinetów prywatnych, szczególniej w lokalach, pozbawionych dostatecznej ilości światła dziennego oraz w dnie mroczniejsze i zimowe.
Śwłatlo „GAMAIN" jest przyjemne i zdrowe, nie męczy i nie oślepia, oszczędza przeto wzrok i nerwy zarówno operatora, jak i pacjenta.
Spokojne i miłe, równomiernie rozproszone światło „GAMAIN" umożliwia dokładne badanie i zwiększa pewność ręki operatora, od czego zależnem jest w dużej mierze powodzenie lekarza.
W specjalnych trzymadłach, wieszakach etc. uwzględniona jest najwyższa wygoda i łatwość w manipulowaniu lampą.
Lampa „GAMAIN" jest oszczędna, gdyż oświetla jednocześnie pole pracy i atelier
Lampa „GAMAIN" jest solidnie zbudowana, mocno niklowana, ma estetyczny kształt i jest dostępna w cenie.
Dzięki wysokim zaletom swym dla celów medycznych, chirurgicznych, dentystycznych etc. etc. lampa „GAMAIN osiągnęła ideał lekarsko-badawczej lampy, gdyż uniezależnia operatora od świata naturalnego.

OFERTY i CENY NA ŻĄDANIE.

SKŁAD GŁÓWNY **HERMAN JUDT**

SKŁAD DENTYSTYCZNY

WARSZAWA, Marszałkowska 149, Telefon No. 23-58
(Wejście bezpośrednio od ulicy Próżnej Nr. 2, parter)

W Warszawie, na listowne lub telefoniczne wezwanie (Tel. 23-58) wysyłam przedstawiciela który zademonstr. lampy „GAMAIN" bez zobowiązania do kupna i bez jakichkolwiek kosztów

Tak?



Żądać wszędzie

„Solila”



Czy tak?



Jeśli nie dowierzacie własnym oczom, gdyż mylić się mogą, macie rację.

Natomiast z całą świadomością zaufać możecie aparatowi Roentgena Ritter-Biber, który widzi wszystko i jest nieomylny.



Każdy lekarz-dentysta, który niechce błądzić w ciemnościach i pracować pomacku, powinien nabyć aparat Roentgenowski Ritter'a który stanie się najwierniejszym jego pomocnikiem i najlepszym doradcą.—Ten „cichy" wspólnik opowiadać będzie głośno licznej rzeczy jego pacjentów, że jest on nowoczesnym lekarzem-dentystą, który śmiało kroczy naprzód i wyczuwa mocne tętno życia i wiedzy naukowej.

Do nabycia w bogato zaopatrz. składzie przyb. dentystycznych

Ch. Ogólnika w Łodzi

Piotrkowska 23 - Telefon 23-73

Warunki dogodne! Warunki dogodne!

Cement Solila De Trey'a

Nadzwyczajny!



Do otrzymania **przez składy dentystyczne**

The Amalgamated Detal Co. Td.

Formerly:

De Trey Co. Ltd. & Cl. Ash Sons Co. Ltd. London

Jeneralne przedstawicielstwo:

Europejskie Towarzystwo Dentystyczne „Edeko"

ROK III. Nr. 5—6.

CZERWIEC 1928 LIPIEC.

„ECHO DENTYSTYCZNE"

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY WSZYSTKIM DZIAŁOM DENTYSTYKI.

*

Redaktor: Lek.-Dentysta S. Sokalski. Łódź, Andrzeja Nr. 4. Telefon Nr. 54-12
Admin. i Wydawca: Ch. Ogólnik. Łódź, Piotrkowska Nr. 23. Telefon Nr. 23-73

*

TREŚĆ:

Dr. Med. K. SZEPELSKI WARSZAWA
st. asystent Katedry Dentystyki Zachowawczej Państw Inst Dent.
Kierownik Oddz. Chirurgiczno-Stomatologicznego Kasy Chorych m. Warszawy.

Torbiele korzeniowe*

Studja nad torbielami powinny uwzględniać dwie strony stronę anatomo-patologiczną i stronę kliniczną. Tego też podziału trzymałem się w swoich studjach, dotyczących torbieli korzeniowych.

A. Strona anatomo-patologiczna.

Torbiel klinicznie została opisaną w połowie XVII wieku a mianowicie w roku 1654, po raz pierwszy przez Scultetus'a (Lartschneider). Fauchard nieco później wykazał związek pomiędzy zębami a torbielami. W roku 1872 Magitôt wprowadza podział na torbiele mieszkowe i korzeniowe.

W parę lat później, w roku 1885 pojawia się praca Malassez'a, dotycząca roli tak zwanych wysepek nabłonkowych. Dalsze prace Pareidt'a i innych nie wnoszą nic nowego: brak tam przedewszystkiem badań bakterjologicznych. Dopiero rok 1892 przynosi nam prace Partscha, które odtąd stanowić będą nową epokę w traktowaniu torbieli.

Partschowi zawdzięczamy przedewszystkiem mianownictwo torbieli jako ozębnowe, wtedy gdy dotychczas określano je jako „okostnowe".

Z tą chwilą prace, dotyczące torbieli, zaczynają się mnożyć i powstają pierwsze teorje o mechanizmie tworzenia się torbieli.

Według Partscha punktem wyjścia torbieli są przewlekłe sprawy zapalne przywierzchołkowe. Specjalnie podkreśla

*) Przedruk z „Przeglądu Dentystycznego" Nr. 11-1927.

Partsch tę okoliczność, że torbiele korzeniowe powstają przy zębach z obumarłą miazgą; natomiast tam, gdzie mamy do czynienia z zapaleniami ozębnej na tle przyszyjkowem, powstawanie torbieli notuje się zazwyczaj rzadko. Twierdzenie Partscha jest zupełnie zrozumiałe, gdy zwrócimy uwagę na to, że torbiel powstaje w przestrzeni zupełnie zamkniętej.

O roli bakterij Partsch mówi, że wywołują one stałe podrażnienie ozębnej, na które ona odpowiada hyperplazją tkanki łącznej i rozrostem ziarniny. Gatunek tych bakterij nie jest bliżej znany, w każdym razie nie są to bakterje ropotwórcze. Obecność nabłonka w ozębnej jest okolicznością niezbędną do powstania torbieli, co zresztą udowodnił Malassez.

Partsch podziela pogląd Brunsa na rozwój korzenia; według tego poglądu tworzy się najpierw pochewka korzeniowa w ten sposób, że w kierunku przyszłego korzenia wyrasta w tkance łącznej ze szkliwowego nabłonka wyrostek pochewkowaty; na jego wewnętrznej powierzchni układają się odontoblasty. Następnie nabłonek ów oddziela się od tkanki łącznej, tworzącej więz zębodołowo zębowy (ligamentum alveolodentale) wysepki, z których część ginie, a reszta formuje wysepki nabłonkowe, opisane przez Malasseza. Becker wyprowadza ztąd wniosek, że w ozębnej każdego zębodołu znajdują się owe wysepki. Tem niemniej znajdujemy jednak pewną ilość ziarniniaków, może stosunkowo niewielką, w których niepodobna wykazać obecności nabłonka; okoliczność ta, jak również i to, żeniekażdy ziarniniak rozwija się w torbieli, przemawia za utrzymaniem podziału ziarniniaków na nabłonkowe i beznabłonkowe. (epithelführende und epithellose).

Według Partscha więc torbiel rozwija się tylko z ziarnianiaka nabłonkowego; niekażdy zaś ziarniniak nabłonkowy rozwija się w torbiel.

Tu znów należałoby przypomnieć pogląd Beckera, że torbiel może się rozwinąć nawet bez formy przejściowej w postaci ziarniniaka nabłonkowego.

Dalej Becker nie godzi się z Partschem, który mówi, że w pewnym momencie pomiędzy wierzchołkiem korzenia i ziarniną powstaje szpara.

Moment ten uważa Partsch za pierwszy okres rozwoju torbieli.

Becker przeciwstawia temu prace Witzel'a i swoje, poparte badaniami mikroskopowemi, i mówi, że stwierdził on pewną granicę pomiędzy jamą torbieli, a korzeniem lub wierzchołkiem korzenia.

Obserwując rozwój torbieli według teorji Partscha, wi-

dzimy, że resztki nabłonkowe przerastają ziarninę. Dalszy rozwój torbieli polega na zmianach wstecznych wewnątrz ziarniniaka.

W samej tkancc ziarninowej znajdujemy komórki plazmatyczne oraz makrofagi.

Nabłonek zaczyna tworzyć wypustki (Römer), które zwolna pęcznieją, następnie wylewają swą zawartość pomiędzy ząb i ziarniniak: z chwilą gdy powstanie choćby najmniejsza jama, zwyrodnienie wypustek nabłonkowych posuwa się szybko dalej i jama torbieli znacznie się powiększa. Co do samego zwyrodnienia to różnie się na to zapatrują: Proell twierdzi, że nabłonek ten ulega zwyrodnieniu tłuszczowemu, wtedy gdy Römer mówi o wodniczkowem lub śluzowatem.

Wypustki nabłonkowe mogą być tak ciasno ustawione, że wewnętrzna ściana torbieli ma wygląd ziarnisty, co Partsch nazywa polem zarodkowem. Zależnie od wieku torbieli znajdujemy w młodszych pola zarodkowe, w starszych natomiast pojedyńczo rozsiane brodawki nabłonkowe.

Płyn torbieli według Partscha powstaje na skutek śluzowatego rozmiękczenia tkanki łącznej.

Juljusz Witzel uważa, że nabłonek wyściełający wewnątrz ściankę torbieli powstaje z pochewki nabłonkowej Hertwiga. Powstawanie płynu wewnątrz torbieli Witzel przypisuje długotrwałemu wydzielaniu z nabłonkowej otoczki. Pod wpływem wewnętrznego ciśnienia ściana torbieli ulega rozmiękczeniu, tak że szpary pomiędzy wypustkami nabłonkowemi wyciągają się, tworząc zatoki. Z czasem jednak brodawki te się skracają i ścianka torbieli wygładza się. Moment wtłoczenia się obnażonego korzenia do wnętrza torbieli uważa Witzel za zjawisko wtórne.

Haasler, mówiąc między innemi o histologicznej budowie ziarniniaków, twierdzi że beznabłonkowe ziarniniaki spotyka się rzadko. Sprawę rozwoju torbieli przedstawia on następująco: najpierw mamy do czynienia z bujaniem nabłonka, a później następują zmiany wsteczne w postaci zwyrodnień.

Hassler nie odróżnia wyraźnie torbieli korzeniowych od mieszkowych.

Römer uważa torbiele za nowotwory i wszystkie twory przywierzchołkowe, gdzie można stwierdzić jamę, uznaje za torbiele.

Proces tworzenia się torbieli Römer przedstawia, jako walkę o byt pomiędzy nabłonkiem i tkanką ziarninową. W walce tej nabłonek jest zwyciężony i tworzy już tylko wewnętrzną wyściółkę torbieli. Torbiel według Römera powstaje z ziar-

niniaka nabłonkowego pod wpływem działania bakterij nawet i ropotwórczych (w przeciwieństwie do Partscha).

Według Römera nabłonek ulega zwyrodnieniu lub też rozpuszcza się pod wpływem bakterij i w ten sposób powstaje jama torbieli, która wypełnia się surowiczym płynem, powstającym jako wysięk na skutek podrażnienia bakteryjnego.

Wszystkie dotychczas przytoczone teorje godzą się co do roli wysepek nabłonkowych Malassez'a.

Krańcowem przeciwieństwem tego jest teorja Grawitz'a który uważa, że nabłonek wyścielający torbiel pochodzi z nabłonka jamy ustnej i wrasta do torbieli przez przetokę. Pogląd ten podzielają bezapelacyjnie Fischer i Landois; Schuster natomiast proponuje kompromis: mianowicie pozostawia on tę teorję dla tych torbieli, gdzie daje się stwierdzić przetoka, — natomiast tam, gdzie jej niema, korzysta z wysepek nabłonkowych Malasseza.

Teorja Grawitz'a zostaje obaloną. Przeciwko niej wysuwają te okoliczności, że bardzo często spotykamy torbiele bez przetok, że płyn torbieli bywa zazwyczaj przezroczysty o wyglądzie surowiczym, a gdyby przyjąć teorję Grawitz'a, to płyn ten byłby stale ropnym.

Astachoff (1909) w swej pracy o patogenezie torbieli korzeniowych twierdzi, że wysepki Malasseza znajdują się we wszystkich preparatach tak zdrowej, jak i chorej ozębnej.

Co do bujania nabłonka to tu odgrywa rolę według Astachoffa prócz podrażnienia bakteryjnego również i uraz.

Nareszcie jedną z najnowszych teorij podaje Becker. On twierdzi, że pod wpływem — czy to działania chemicznego, czy też urazu, lub podraźnienia pasożytniczego — następuje krwawa wybroczyna w ozębnej, przylegającej do zęba z obumarłą miazgą.

Krew po wchłonięciu się stwarza pewną jamę, co stanowi zaczątek torbieli.

Dzięki takiemu krwawieniu nabłonek z pochewki nabłonkowej jest pobudzany do rozrostu, co w dalszym rozwoju prowadzi do utworzenia się wokoło skrzepu pola zarodkowego, w którem znajdujemy wtórne torbiele, zlewające się z biegiem czasu z macierzystą torbielą.

Jak widzimy z powyższego — proces tworzenia się torbieli korzeniowych jest nadzwyczaj skomplikowany i nie jest dotychczas dostatecznie wyjaśniony.

Na jeden tylko pewnik godzą się wszyscy autorzy z wyjątkiem Grawitz'a a mianowicie na to, że nabłonek wyścielający wewnętrzną ściankę torbieli pochodzi z tak zwanych wysepek nabłonkowych Malassez'a.

Z pewnikiem tym prawdopodobnie trzeba się będzie na czas dłuższy pogodzić.

W studjach o torbielach korzeniowych mojem zdaniem należałoby uwzględniać następujące momenty:

1. Zmiany w kości szczęki, wywołane rozrostem torbieli.
2. Jaki moment anatomo-patologiczny należy uważać za zaczątek torbieli.
3. Sposób powstawania jamy torbieli.
4. Nabłonek, wyścielający torbiel.
5. Płyn torbieli.

1. Zmiany w kości szczęki pod wpływem rozrostu torbieli.

Torbiel, rozrastając się, toruje sobie drogę w kości w kierunku najmniejszego oporu, a więc w stronę policzka, lub w stronę podniebienia, — jeśli mowa o górnej szczęce, — w dolnej zaś zazwyczaj torbiel rośnie wdół lub w stronę policzka. Prócz tego torbiele rosną i wtył i wprzód, — tak że rozrost torbieli idzie w kierunku wszystkich trzech wymiarów, jakie posiadają ciała bryłowate. Torbiele, rosnące w kierunku podniebienia zazwyczaj mają za punkt wyjścia boczny siekacz lub przedtrzonowiec pierwszy, albo podniebienny korzeń trzonowców. Przyczyna tego (głównie boczny siekacz) leży prawdopodobnie w zjawisku embrjonalnego pochodzenia, a mianowicie, że w tem miejscu zrastają się kości międzyszczękowa i szczękowa, tworząc tutaj *locus minoris resistentiae* (Bonnet).

Sama kość ulega początkowo rozessaniu się częściowemu pod wpływem komórek wrzecionowatych, działających w ziarninie jak osteoklasty (Schoerbel u. Schoenlank), później pod wpływem ucisku rosnącej torbieli kość cienieje i tworzy się z czasem ubytek, powiększający się bardzo szybko. Kość wtedy przechodzi bez widocznej granicy w tkankę łączną, kanaliki kostne stają się drobniejsze i są wypełnione zamiast szpikiem kostnym tkanką włóknistą. Preparaty, sporządzone z przypadków operowanych przezemnie, potwierdzają tę okoliczność. (Tabl. I rys. 3 i Tabl. II rys. 6). Tak przebiega sprawa w przypadkach typowych; w jednym dość rzadkim wypadku atypowym torbieli dolnej szczęki, przedstawianym przez prof. Wilgę przy cieniejącej wyraźnie ścianie kostnej stwierdzono w jednem miejscu przerost *(hyperplasjo)* tkanki kostnej w postaci guzka.

Miękka ściana torbieli zazwyczaj składa się w wykształconych torbielach, idąc od wewnątrz: z nabłonka (o czem mo-

wa poniżej) oraz ścianki, zbudowanej ze zbitej bliznowatej tkanki mniej lub więcej nacieczonej limfocytami i leukocytami neutrochłonnemi. Prócz tego możemy z czasem stwierdzić komórki plazmatyczne i ciałka Russel'a. Granica z nabłonkiem bywa zazwyczaj falistą, lecz czasem może miec wygląd linji prostej. Ciężar gatunkowy ściany torbieli wynosi 0.64875 (badanie własne).

2. Jaki moment anatomo-patalogiczny należy uważać za zaczątek torbieli?

W odpowiedzi na powyższe pytanie Partsch twierdzi, że powstanie szpary pomiędzy korzeniem a ziarniniakiem jest pierwszem stadjum torbieli. Ztąd wynika, że nawet ziarniniak beznabłonkowy (*epithellose Granulome, granuloma simplex*), mógłby dać przy pewnych sprzyjających warunkach torbiel.

Inni autorzy, z Römerem na czele, szukają jamy w ziarninie i każdą taką ziarninę uważają za torbiel.

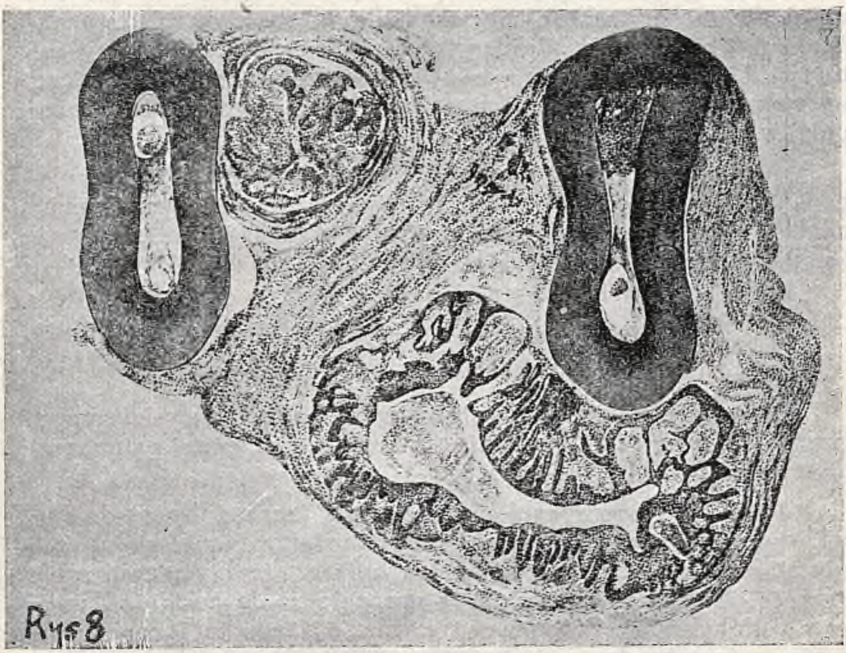
Ponieważ jednak nawet ziarniniak nabłonkowy, pozostaje przez pewien czas w spokoju, a dopiero po dłuższym czasie pod wpływem jadów bakteryjnych lub innych urazów zaczyna się w nim bujanie nabłonka (zazwyczaj w formie sieci lub girland) — i ponieważ po takiem bujaniu nabłonka już nigdy nie widzimy *restitutionem ad integrum*, przeciwnie proces idzie dalej, (nawet leczenie promieniami Roentgena nie daje wyników dodatnich) przypuszczam, że za pierwszy okres torbieli należy przyjąć bujanie nabłonka wraz z wodniczkowem zwyrodnieniem komórek. (Tabl. I rys I i 2, Tabl. II rys 4 i 5).

3. Sposób powstawania jamy torbieli.

Jeżeli się zgodzimy na powyższy pogląd, co do zaczątku torbieli, to mechanizm tworzenia się jamy torbieli można wyobrażić sobie następująco:

Pod wpływem przewlekłego działania toksyn następują zmiany wodniczkowe w nabłonku i ze zlewania się takich komórek razem powstaje mikroskopijna jama torbieli. W dalszym okresie tkanka ziarninowa przerośnięta nabłonkiem pod wpływem tychże bodźców i upośledzonego odżywiania ulega zwyrodnieniu przeważnie tłuszczowemu i mikroskopijna jama torbielowa rośnie teraz szybko, wypełniając się płynem torbieli.

Tu należałoby zaznaczyć, że Pichler twierdzi, iż z jednego ziarniniaka może się utworzyć tylko jedna torbiel. Zaprzecza on tem samem istnieniu torbieli wielokomorowych względnie wtórnych.



Rys. 8.

Z pracy Beckera. Zahnwurzelzysten. Możność powstawania dwuch torbieli w jednym ziarniniaku.

4. Nabłonek.

Nabłonek torbieli należy do gatunku wielowarstwowego płaskigo, będącego pewną analogją nabłonka jamy ustnej. Pochodzi on bezwątpienia z wysepek nabłonkowych Malassez'a, mających swe siedlisko w ozębnej. Teorja Grawitz'a nie da się utrzymać, gdyż nie wiemy jaką drogą dostałby się nabłonek z jamy ustnej do wnętrza torbieli w tych przypadkach, gdzie niema przetoki; pozatem gdyby tak było, to torbiel rozwijałaby się tylko z postaci chorobowej zwanej *pericementitis chronica purulenta apicalis*.

Pewną zagadkę przedstawia ta okoliczność, że Adloff znalazł dwa razy nabłonek migawkowy w torbieli korzeniowej. Fakt ten podają Becker i Astachoff. Ten ostatni dodaje, iż torbiel ta powstała w sąsiedztwie zatoki szczękowej i że nabłonek ten dostał się do torbieli z zatoki. Trudno jest ten fakt rozstrzygnąć, gdyż nie podano tutaj czy nabłonek w tym wypadku posiadał kinocylje, czy też stereocylje. Nabłonek wyściełający torbiel ulega zniszczeniu: albo ewolucyjnie w torbie-

lach starych lub też ginie w procesach gwałtownych jak np. zropienie treści torbieli; po wygaśnięciu ostrego procesu nabłonek zazwyczaj się odradza (Euler-Meyer). Niektórzy autorzy (Römer) przypisują nabłonkowi własności wydzielnicze, co pozwalałoby płyn torbieli zaliczyć do swego rodzaju produktów fizjologicznych.

Aby ostatecznie wyczerpać sprawę nabłonka torbielowego należy przytoczyć jedyny złośliwy przypadek zwyrodnienia nabłonka, gdzie torbiel górnej szczęki przekształciła się w raka. Przypadek tek opisał Partsch.

5. Płyn torbieli.

Płyn torbieli jest niewątpliwie pochodzenia wysiękowego. Odczyn płynu jest wyraźnie alkaliczny; ciężar gatunkowy dość wysoki.

Płyn bywa zazwyczaj przezroczysty jasno-żółty aż do ciemno-bursztynowego, czasami jednak może być mętny lub zawierać ropę. Przy badaniu płynu uderza jego nadzwyczajna lepkość. Białko płynu torbielowego należy do rzędu albuminów i globulinów (Schmaus) i zawartość jego obliczona procentowo jest bardzo wysoka (8%—10%). Pod względem bakterjologicznym zazwyczaj bywa jałowym, zropienie zaś należy uważać za zjawisko wtórne.

Przyczyna jałowości płynu leży prawdopodobnie w tem, że pod wpływem długotrwałych bodźców wyzwala się na skutek rozpadu leukocytów substancja bakterjobójcza (Schmaus).

Osad płynu torbielowego składa się zazwyczaj z tabliczek cholesteryny, dającej w/g Hornowskiego pod mikroskopem odczyny barwne z kwasem siarkowym i jodem (co ma znaczenie rozpoznawcze). Prócz tego znajdujemy w płynie torbielowym złuszczony nabłonek oraz nieznaczne ilości ciałek krwi.

Badania moje potwierdziły jałowość płynu w stanie przewlekłym; w momencie zropienia w okresie ostrym znajdowałem paciorkowce i gronkowce (przeważnie staphylococcus albus): gdy miałem ropienie przewlekłe, to znajdowałem pałeczki z grupy dyfterytowej. Białko znajdowałem w i ilości mniej więcej 7,9%, chlorki 0.123% oraz czasem ślady kwasu bursztynowego. Największa ilość płynu torbielowego wynosiła około 20.0 (torbiel datowala się od dwuch lat)- najmniej od 1,0—do 2,0. Ciężar gatunkowy wynosił przeciętnie 1,023.

Z powyższego można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Torbiel może rozwijać się przy zębach z miazgą obumarłą.

2. Zmiany w ozębnej odpowiadają zazwyczaj pericementitis chronica granulomatosa apicalis: ziarnina należy do rzędu nabłonkowych.

3. Moment bujania nabłonka i zmiany wodniczkowe w nim należy przyjąć za zaczątek torbieli.

4. Jama torbieli powstaje na skutek działania dwuch momentów anatomo - patologicznych: zlewania się wodniczek, oraz rozpadu uległej tłuszczowemu zwyrodnieniu ziarniny.

5. Płyn torbieli jest produktem wysięku zapalnego chronicznego.

B. Strona kliniczna.

Jak już zaznaczyłem torbiel klinicznie została opisaną w 1654 wzgl. 1746 roku.

Związek torbieli z zębami wykazali Delpêche i Guibont w 1828: istnieje jednak twierdzenie, że Fauchard uczynił to znacznie wcześniej. (1728).

Właściwą terapję, względnie próby terapji torbieli—drogą chirurgiczną—rozpoczął Dupuytren w 1839 roku, stosując cięcie i tamponadę.

Linderer, określiwszy w roku 1842 torbiel, jako wodniak zębodołu, ograniczył się tylko do nacięcia.

Dopiero w drugiej połowie XVIII wieku Magitôt sprawę torbieli posunął na inne tory i w dział terapji wprowadził poza cięciem i tamponadą przepłukiwanie środkami aromatycznemi, nie używając środków żrących, którym szeroko hołdowano pomiędzy rokiem 1842 a 1869. **(Malassez, Baume, Angelet i inni).**

Przy takiem postępowaniu obserwowano nawroty, — wobec tego inna grupa uczonych w końcu XVIII wieku (1888—1892), jako to (**Albaran, Venasiére, Kirchnen, Heydenreich, Lindt** i inni) żądali kategorycznie doszczętnego wyłuszczenia torbieli.

Metodę tę Riedel zmodyfikował tak, że po wyłyżeczkowaniu zaszywał torbiel od strony jamy ustnej, a łączył ją za to z jamą nosową.

W tym że czasie (1892) Partsch podał swój sposób klasyczny operowania torbieli, polegający na tem, że po wyjęciu okienka w przedniej resp. policzkowej ścianie torbieli „wgłabiano“ odpreparowany uprzednio płat części miękkich do jamy torbieli i umocowywano go gazą jodoformową.

Sposób ten późniejsi autorzy nazwali sposobem Partsch I, pozostawiając nazwę Partsch II dla metody wyłuszczenia. (Mayrhofer).

Ponieważ jednak metoda wyłuszczenia była podawaną znacznie wcześniej (patrz wyżej),—prócz tego Partsch, pisząc o tem, że mniejsze torbiele można wyłuszczać doszczętnie wcale nie nazywa tego sposobu swoją metodą operacyjną - musimy przyjąć, że istnieje tylko jeden sposób operacyjny Partscha t. j. „wgłobienie płatu".

Ten klasyczny sposób operacyjny torbieli polega na tem, że przeprowadzamy łukowate cięcie, zwrócone wypukłością w stronę koron zębów; cięcie to idzie tak, że jego najniższy punkt (ew. najwyższy — jeżeli mowa o dolnej szczęce), leży w odległości 1 cm. od brzegu dziąsła. Przekroczenie tej odległości poniżej 1 cm. nie jest wskazane ze względu na możliwość obumierania pozostającego wąskiego pasma dziąsła po odpreparowaniu płatu.

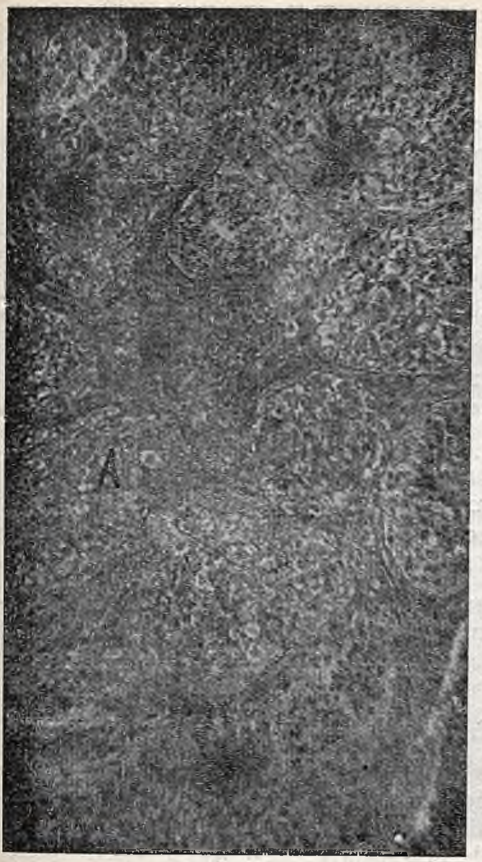
Po wykonaniu cięcia odsuwamy górny płat wraz z okostną ku górze; długość cięcia powinna być taką, aby płat górny obnażał całą wypukłość kości, spowodowaną torbielą. Po odchyleniu płatu wycinamy w przedniej ścianie torbieli okienko możliwie duże; jako granice tego okienka należy uważać to miejsce, zkąd kość zaczyna się uwypuklać. Po wycięciu okienka (wycinamy tak kość, jak i worek torbieli znajdujący się pod kością) odpreparowany górny płat zawijamy do wewnątrz jamy torbieli i umocowywujemy go, tamponując wklęsłość potorbielową gazą jodoformową, która według Partscha może pozostawać w ranie 6 do 8 dni. Po przyrośnięciu „wgłobionego" płatu, co następuje po kilku dniach, można uważac pierwszy okres leczenia torbieli za ukończony.

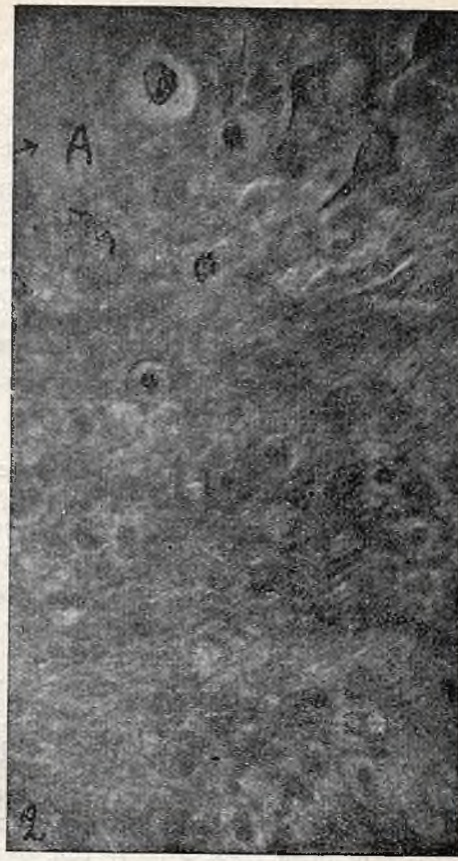
Drugi okres leczenia torbieli ma za zadanie utrzymanie otworu torbieli resp. zapobieganie przedwczesnemu zwężeniu się utworu. W czasie tego okresu tamponujemy otwór wejściowy gazą jodoformową, dno zaś worka potorbielowego jodynujemy 5% nalewką jodową co 3—4 dni oraz przepłukujemy rozczynem 7%—8% wody utlenionej. Ten drugi okres leczenia torbieli trwa miesiące i stanowi istotną i jedyną ujemną stronę metody Partscha.

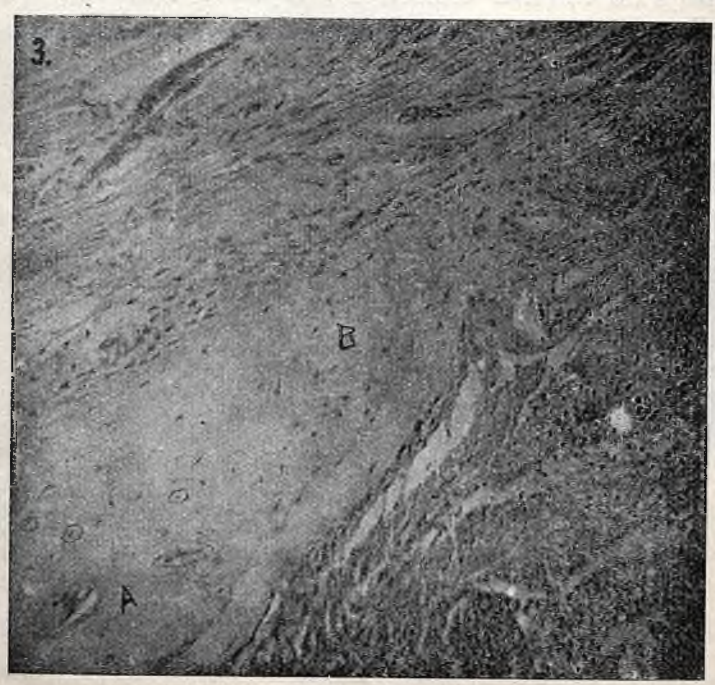
Inni, jak Witzel i Mossetig wypełniali jamę torbieli parafiną lub plombą jodoformową.

Jak widać z powyższego sposobów operacyjnych torbieli jest dużo — jednak prawie wszystkie dadzą się sprowadzić,— prócz metody Witzel'a i Mossetig'a do sposobu klasycznego Partscha.

Co się tyczy tego zarzutu, że po — operacji metodą Partscha w jamie potorbielowej zbierają się resztki jedzenia i mogą podtrzymywać stan zapalny,— to przy odpowiedniem trakrowaniu (przynajmniej w ciągu pierwszych kilkunastu dni po operacji) ta okolicznosc niema znaczenia, póżniej zaś,







Do pracy D-ra med. Szepelskiego Torbiele korzeniowe.

o ile operację wykonano prawidłowo, przy odpowiedniem postępowaniu też nie komplikuje sprawy.

Jeżeli zaś resztki jedzeniowe, dostając się do jamy potorbielowej , mogą dać niepożądane następstwa, to mogą one mieć miejsce tak w dolnej jak i w górnej szczęce, — i twierdzenie, że jakoby sposób Partscha jest przeznaczony tylko dla szczęki górnej, należy zaliczyć do błędnych.

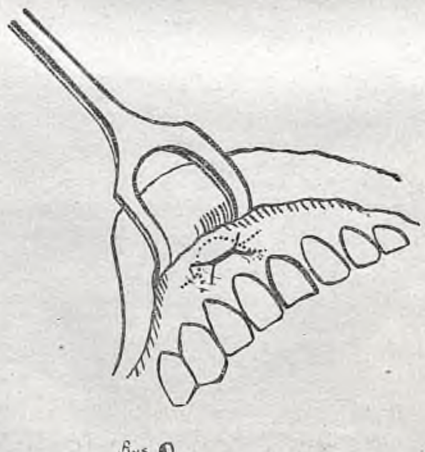
Najwięcej trudności zdaje mi się przedstawia prowadzenie leczenia pooperacyjnego przy torbielach, wychodzących z górnego bocznego siekacza i rosnących w kierunku podniebienia.

W takich wypadkach stale mamy niebezpieczeństwo przedwczesnego zwężenia otworu, a co zatem idzie i nawrotu torbieli lub tworząc w czasie operacji zbyt szeroki otwór, możemy uszkodzić miazgę sąsiednich zębów.

Chcąc usunąć tą niewygodną stronę operacji torbieli metodą Partscha, próbowano stworzyć przeróżne modyfikacje, mające na celu zmniejszenie ad minimum trwania drugiego okresu leczenia torbieli lub też ew. uniemożliwienia nawrotu.

Z najwięcej znanych modyfikacij należy wyliczyć modyfikacje Meissnera i Pichlera.

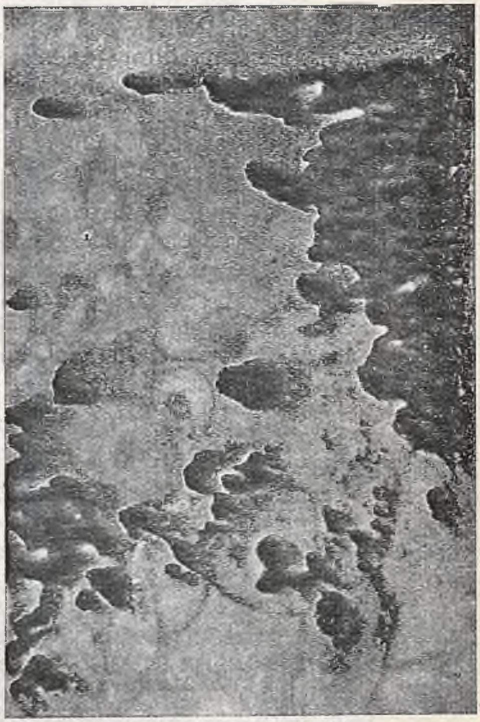
Modyfikacja Meissnera polega na tem, że tworzy on 4 płaty, prowadząc cięcie w formie dwuch liter Y złączonych podstawą (rys. 9). W ten sposób powstają cztery płaty, które się zawija do wnętrza torbieli i zeszywa z resztkami worka torbieli.

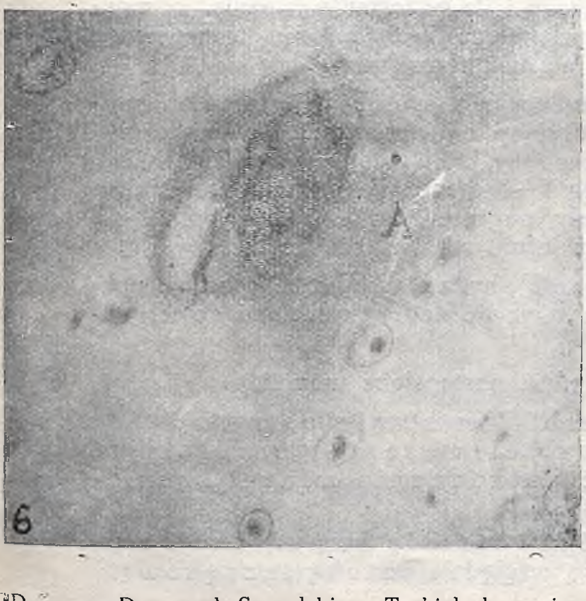


Rys 9

Linja kropkowana wskazuje cięcie w-g. Pichlera.
Linja ciągła wskazuje cięcie w-g. Meissnera.









Do pracy D-ra med. Szepelskiego Torbiele korzeniowe.
Fot. wykonane centratorem pomysłu autora.

Podobną modyfikacją sposobu Partscha jest modyfikacja Pichlera. Polega ona także na wytworzeniu 4 płatów z tą różnicą, że mamy tutaj jeden płat duży (nazwijmy go głównym) oraz 3 poboczne. Cięcie swe Pichler prowadzi łukowato, kierując je wypukłością ku górze t. j. odwrotnie do tego jak to czyni Partsch. Końce tego cięcia są rozwidlone i dlatego tu powstają też cztery płaty.

Widzimy, że utworzone w tych modyfikacjach płaty (sposób ich utworzenia jest mniej ważną sprawą) mijają się ze swym pierwotnym celem, a mianowicie: skróceniem drugiego okresu leczenia torbieli; mają one natomiast znaczenie przy rozwiązaniu zagadnienia plastycznego pokrycia brzegów otworu resp. wyciętego okienka. To samo zadanie ma i płat, tworzony przez Partscha.

Stoimy więc i nadal przed zadaniem skrócenia drugiego okresu leczenia torbieli, — zadaniem, które jeszcze nie jest rozwiąza nem.

Mając na celu niedopuszczenie przedwczesnego zwężenia otworu operacyjnego, stosujemy albo zatykadło kauczukowe (Zwierzchowski), które z biegiem czasu skracamy (Cieszyński) lub też stosujemy tamponadę gazą jodoformową (Partsch). Gazę jodoformową przygotowujemy w ten sposób, że rozpuszczamy jodoform w eterze w stosunku 10%; do tego rozczynu wkładamy pasemka gazy sterylizowanej poczem szyjkę tego naczynia zawiązujemy gazą. Eter po upływie 24 godzin ulatnia się, a gazą jest wtedy równomiernie napojona jodoformem w stosunku 10%. Gaza taka o i ile pozostanie w ranie, z przyczyn od lekarza niezależnych, przez 5—6 dni nie traci swego zapachu jodoformowego i nie ulega rozkładowi.

Swego rodzaju konkurencyjnym sposobem jest sposób operacyjny radykalny, polegający na doszczętnem wyłuszczaniu worka torbieli i na zaszyciu rany, która wtedy w bardzo wielkiej ilości wypadków goi się po 7—8 dniach per primam intentionem. Kostny zaś defekt powstały po usunięciu torbieli wypełnia się po kilkunastu tygodniach zależnie od wielkości torbieli.

Poznawszy w ten sposób obydwa zasadnicze sposoby operacji torbieli, należy się zastanowić nad wskazaniami do ich zastosowania.

Tu należałoby uwzględnić następujące momenty:

1-o zropiała torbiel w stanie ostrym,
2-o zropiała torbiel w stanie przewlekłym.
3-o możliwość uszkodzenia miazgi sąsiednich zębów.
4-o możliwość stworzenia komunikacji z jamą nosową względnie zatoką szczękową.

5-o możliwość urazu mechanicznego nerwu żuchwowego.

Znane są powszechnie wypadki, gdy treść torbieli ulega wtórnemu zakażeniu ropnemi bakterjami czy to drogą krwi, czy też znacznie bliższą drogą t. j. przez korzeń zęba, powodującego torbiel. Stan taki z powodu ogromnych dokuczliwych bólów, jak również ze względu na bezpieczeństwo ustroju powinien być — w myśl zasady: „ubi pus—evacua"— zlikwidowany doraźnie drogą szerokiego cięcia i tamponady gazą jodoformową t. j. tak, jakbyśmy mieli do czynienia ze zwykłym ropniem bądź podokostnowym, bądź podśluzowym. Po zlikwidowaniu sprawy ropnej ostrej, to znaczy po kilku dniach, można przystąpić do zlikwidowania torbieli jednym z istniejących sposobów,stosownie do wskazań.

Drugim momentem jest przewlekłe ropienie torbieli; bywa to zazwyczaj wtedy, gdy jama torbieli komunikuje się z jamą ustną czy to przez korzeń zęba, czy też poza korzeniem np. przez przetokę.

Bakterjobójcza czynność substancji, powstającej przy rozpadzie leukocytów pod wpływem przewlekłych bodźców (Schmauss) nie wystarcza i treść torbieli jest stale zropiałą, a przy ucisku na torbiel wypływa nieco ropy. W takich razach zazwyczaj worek torbieli ma ściany kruche, znajdujące się w stanie ropnego rozpadu. Gdy operujemy taką torbiel to znajdujemy się w warunkach nadzwyczaj trudnych: worok torbieli uległej ropnemu rozpadowi należy bezwzględnie wyłuszczyć, natomiast rany nie zaszywać, tylko zakończyć operację według zasady Partscha t.j. wgławiając płat, względnie płaty, jeśli ich tworzymy kilka. Prowadząc taką torbiel, dobrze jest w celu wywołania szybszego utworzenia się zdrowej ziarniny na dnie kostnej jamy wypełnić ją 2—3 razy w odstępach 3—4 dniowych maścią Mikulicza, którą kładziemy na dno torbieli, resztę zaś jamy wypełniamy gazą jodoformową. Skład maści Mikulicza jest następujący:

Rp. Arg. nitrici 0.15
Bals. peruviani 1.5
Lanolini 2.5
Vaselini amer. alli 13.5
Mfung. Mikulicza DS.

Gdy dno jamy kostnej zostanie pokryte zdrową tkanką ziarninową, przestajemy stosować maść Mikulicza i sprawę kończymy w sposób zwykły.

Następnym punktem jest możliwość uszkodzenia miazgi sąsiednich zębów. Znamy torbiele szczęki górnej, głębokodrążące lub rosnące poza korzeniami sąsiednich zębów, bardzo często na wysokości ich wierzchołków, i tu dopiero wypuklające się

na zewnątz t. j. w stronę policzka, — lub też dążące wgłąb kości w kierunku podniebienia: w szczęce dolnej znowu torbiele rosnące szybciej wzdłuż szczęki niż w innych kierunkach mogą zagrażać też miazdze sąsiednich zębów. Należy jednak nadmienić, że torbiele dolnej szczęki zazwyczaj pewno pod wpływem siły ciężkości rosną ku dołowi w kierunku policzka.

W tych przypadkach trudno byłoby stosować sposób radykalny (t. j. wyłuszczenie) gdyż prawie napewno uszkodzilişmy miazgę sąsiednich zębów, nie będąc do tego zmuszeni przez żadną vis maior. Inaczej wygląda sprawa, gdy mamy torbiel znajdującą się w stanie ropnego rozpadu. Wtedy bezwzględnie dążymy do wyłuszczenia, poświęcając nawet w ostateczności miazgę sąsiednich zębów.

Z dalszych przykrych komplikacij należy oznaczyć możność połączenia w czasie operacji jamy torbieli z jamą zatoki szczękowej lub z jamą nosową.

Połączenia takie najczęściej pozostają gdy w swojem kostnym dnie torbiel spowoduje ubytki t. j. w podniebieniu twardem, lub w zewnętrznej kostnej ścianie jamy zatoki szczękowej. W razie stworzenia się komunikacji do zatoki szczękowej chory przy wycieraniu nosa, gdy gaza jodoformowa jest usunięta z rany, wydaje pewien odgłos o dźwięku wysokim wskutek przechodzenia powietrza przez otwór, który normalnie łączy zatokę z jamą nosową. Przy stworzeniu komunikacji pomiędzy torbielą i jamą nosową powstaje możliwość wpadania albo jedzenia do nosa (rzadziej) lub śluzu z jamy nosowej do torbieli. Obydwie te komplikacje nieprzyjemne tak dla chorego, jak i lekarza przechodzą po pewnym czasie samoistnie i bardzo rzadko wymagają plastycznego wtórnego załatwienia.

W dolnej szczęce zachodzi możliwość przejściowego porażenia nerwu żuchwowego na skutek urazu w czasie operacji.

Objawem tego jest uczucie zdrętwienia w danej połowie dolnej wargi oraz czasem i dolnej szczęki całej lub jej odcinka. Zdrętwienie to trwa od 3—4 tygodni do 3—4 miesięcy i potem przechodzi bez śladu. Tu trzeba podnieść, że w tych wypadkach nerw żuchwowy nie przechodzi nigdy przez torbiel, a tylko pod jej dolną ścianą.

Streszczając powyższe możemy ustalić wskazania do zastosowania sposobów operacyjnych torbieli, jak następuje:

1. Sposób Partscha (klasyczny).

a) W górnej szczęce stosujemy:

1. Przy operacjach torbieli, komunikujących z zatoką szczękową lub jamą nosową.

2. Wzgl. przy operacjach torbieli przy zębach tylnych.

3. Przy operacjach torbieli chronicznie zropiałych po możliwie doszczętnem makroskopowo wyłuszczeniu.

4. Przy stosunkowo mniejszych torbielach, tworzących zachyłki.

b) W szczęce dolnej stosujemy:

1. Przy operacjach torbieli rozległych, tworzących zachyłki.

2. Przy operacjach torbieli sięgających kanału żuchowego.

II. Sposób doszczętny (radykalne wyłuszczenie)

a) W szczęce górnej stosujemy:

1. Przy torbielach leżących bardziej powierzchownie, (po wycięciu okienka wyraźnie widać całą płaską jamę.)

2. Przy torbielach głębszych, ale niewielkich,

b) W szczęce dolnej stosujemy:

W tych samych warunkach co i w szczęce górnej; zdarza się to w szczęce dolnej procentowo częściej.

Następnie kwestją bardzo ważną jest sprawa przypuszczalnego odcięcia korzeni.

W sprawie tej jasno wypowiadają się dwaj autorzy: Pichler i Cieszyński; z nich pierwszy żąda kategorycznie odcięcia wtedy, gdy drugi odrzuca tę konieczność.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę istnienie rozgałęzień (Fischera) i możliwość wtórnego zakażenia, to jednak należałoby zawsze poddawać zęby odcięciu wierzchołka.

Torbiel zoperowana — doszczętnie goi się tak, jak i ubytek kostny po odcięciu wierzchołka korzenia.

Jamę wypełnia skrzep, który ulega organizacji. Następuje to, zależnie od wielkości ubytku, w czasie od 10 tygodni wzwyż.

Torbiel zoperowana według Partscha goi się nieco inaczej. Istnieją dwa poglądy: kość szczękowa zachowała zdolność odtwarzania się i jama ulega wypełnieniu i zmniejszeniu, gdyż beleczki kostne, tworząc się nanowo, po zlikwidowaniu ucisku torbieli, jako takiej, wypychają pozostałość worka i w ten sposób ubytek kostny się wypełnia. (Astachoff), lub też nabłonek w pozostałej części torbieli ulega zwyrodnieniu wzgl. przekształceniu się na nabłonek jamy ustnej a ziarnina ulega zbliznowaceniu.

Zważywszy, że ściana torbieli składa się z nabłonka oraz wyraźnie zaznaczonej tkanki ziarninowej i że po operacji warunki anatomiczne nie uległy zmianie, — myślę, że, nie wykluczając możności tworzenia się tkanki kostnej nowej na sku-

tek zniesienia ucisku ze strony torbieli i wypełniania się w ten sposób ubytku kostnego, — należy przyjąć, że nabłonek torbieli dotychczas wielowarstwowy płaski musi się dostosować do nowych warunków i przekształcić się na wielowarstwowy brukowy (nabłonek jamy ustnej (Sthör), oraz tkanka ziarninowa zwolna musi się przekształcić na zbitą tkankę bliznowatą.

Omówiwszy sprawy kliniczne związane z torbielą, należy przejść do ustalenia typowych rozpoznawczych objawów, na których opiera się rozpoznanie torbieli.

Torbiel zazwyczaj rozpoznajemy jako guz różnej wielkości (aż do kurzego jaja i więcej). Guz ten rozwija się zwolna, od czasu do czasu może dawać obrzęki z tworzeniem się ropy. Umiejscowieniem takiego guza bywa zazwyczaj strona policzkowa szczęk, czasami podniebienie i nadzwyczaj rzadko strona językowa. Błona śluzowa bywa zazwyczaj zabarwienia normalnego (wyjątek: ostre ropne), przesuwalna, gładka, lśniąca. Przy ucisku, gdy ściana kostna jest jeszcze zachowaną, wyczuwamy uginanie się kostnej ściany i chrząst pergaminu. Objaw ten został podany przez Rungego wzgl. Dupuytrena. Przy wkłóciu igła Rekorda wpada do jamy, z której wyciągamy płyn jasny surowiczy, lub mętnawy (w sprawach ostrych ropnych mamy ropę) z błyszczącemi tabliczkami cholesteryny. Istnienie jamy wypełnionej cieczą przedstawia conditio sine qua non rozpoznania torbieli! Podmiotowo pacjent odczuwa tępy rozsadzający okresowy ból. Na potwierdzenie naszego rozpoznania mamy zdjęcie rentgenowskie. Należy pamiętać tylko, że zdjęcie potwierdzi nam obecność torbieli, natomiast nie da ono żadnych podstaw do rozstrzygnięcia kwestji żywotności miazgi zębów, które wchodzą do jamy torbieli, jak to widać np. z rysunku 7 na Tabl. II. Tutaj zarówno kieł, jak i siekacz środkowy tejże strony mają wierzchołki w jamie torbieli, której przyczyną jest boczny siekacz tejże strony.

Badanie prądem faradycznym wykazało w tych zębach żywą miazgę i wobec tego torbiel zoperowano według sposobu Partscha, a zęby te nie były poddawane resekcji.

Na zakończenie podaję statystyczne dane zebrane z oddziału Chirurgiczno-Stomatologicznego Kasy Chorych m. Warszawy za czas od 1 Lipca 1926 roku do dnia 1 grudnia 1927 r.

Przy liczbie 5357 pierwszorazowych chorych torbieli korzeniowych było 52; wszystkie operowano. Procentowo więc ilość tobieli korzeniowych wynosi 0,930%

Te 52 przypadki dzielą się następująco:

U mężczyzn operowano 29 torbieli w tem przy:

1| — 2	5| — 4	|3 — 2	8| — 1
2| — 6	6| — 1	|4 — 1	|5 — 1
3| — 2	7| — 2	|5 — 1	
4| — 2	|2 — 3	6| — 1	

co graficznie z uwzględnieniem stron i szczęk można wyobrazić tak

19	7
2	1

W tem sposobem Partscha i z zastosowaniem obcięcia operowano w prawej górnej szczęce—5, w lewej górnej szczęce — 6.

Sposobem Partscha z usunięciem zębów operowano w prawej dolnej szczęce I i w lewej dolnej szczęce I, w prawej górnej szczęce 7 i w lewej górnej szczęce—I; z zastosowaniem wyłuszczenia i obcięcia w prawej górnej szczęce — 5, w prawej dolnej szczęce — I i z zastosowaniem wyłuszczenia i usunięcia zębów w prawej górnej szczęce — 2.

U kobiet operowano 23 torbiele w tem przy:

1| — 1	4| — 4	|2 — 3	2| — 1	|1 — 1
2| — 1	5| — 1	|4 — 1	|2 — 1	|6 — 1
3| — 2	|1 — 3	1| — 1	|3 — 2	

co graficznie można wyobrazić tak:

9	7
2	5

W tem operowano sposobem Partscha z obcięciem w górnej lewej szczęce — 2; sposobem Partscha z usunięciem zębów operowano w górnej prawej szczęce — 4, w dolnej lewej szczęce — 2 sposobem wyłuszczenia z usunięciem zębów operowano w dolnej lewej szczęce — 2, sposobem wyłuszczenia z obcięciem operowano w górnej prawej szczęce — 5 w dolnej lewej szczęce — 1, w górnej lewej szczęce — 5 i w dolnej prawej szczęce — 2. Co do wieku to najmłodszym był osobnik płci męzkiej lat 14, najstarszym osobnik też płci męzkiej lat 47. Najwięcej torbieli spotykałem w wieku 20—32 lat.

PIŚMIENNICTWO:

1. Abrikosoff. Patołogiczeskaja Anatomja.
2. Astachoff. K woprosu o patogenezie korniewych kist.
3. Astachoff. Ueber die Pathogeneze d. Zahnwurzelzysten.
4. Bonnet. Rozwój zwierząt kręgowych i człowieka.

5. Cieszyński. Zahnärztliche Roentgenologie.
6. Cieszyński. O leczniczem działaniu promieni Roentgena w dentystyce. Polska Dentystyka 1927.
7. Euler-Meyler. Patohistologie d. Mundhöhle.
8. Günter. Bakterjologja.
9. Hornowski. Anatomja Patologiczna.
10. Jarząb. Żywotność drobnoustrojów po odkażeniu przewodów korzeniowych. Polska Dentystyka 1926.
11. Jaffé. Leitfaden d. Patologischen Anatomie.
12. Malassez. Sur le rôle des debris èpiteliaux paradentaires. Archives de physiologie 1885.
13. Malassez. Sur l'existance d'âmes epiteliaux autour de la racine des dents. Archives de physiologie 1885.
14. Meissner. Własna modyfikacja operacji torbieli. Ks. pamiątkowa zjazdu XII lekarzy i przyrodników polskich.
15. Mayrhofer. Lehrbuch d. Zahnkrankheiten.
16. Marchlewski. Chemja organiczna.
17. Partsch. Handbuch d. Zahnheilkunde Bdl.
18. Pichler. O operacjach torbieli korzeniowych. Polska Dentystyka 1927.
19. Proell. Mikroskopie d. Granulome. O.-U. Vierteljahrschrift f. S. 1911.
20. Römer. Ueber d. Granulome u. Zahnwurzelzysten. D. Mschr. f. Zahnh. 1911.
21. Rumpel. Die Plazmazellen d. Zahngranulomen.
22. Schneider. Ueber die Therapie d. Zahnwurzelzysten.
23. Schoerbel u. Schoenlank. Leitfaden d. normalen u. pathologischen Histologie d. Zähne.
24. Szymonowicz. Podręcznik Histologji.
25. Stöhr. Lehrbuch d. Histologie.
26. Siegmund-Weber. Histopatologie d. Mundhöhle.
27. Schmauss. Grundriss d. pathologische Anatomie.
28. Wilga. Rzadki przypadek torbieli. (Wykład w Tow. Stomatologicznym).
29. Zwierzchowski. Osnowy dentjatrji.

DIE ZAHNWURZELZYSTEN.

Der Verfasser verteilt seine Beobachtungen über die Zahnwurzelzysten auf zwei Teilen: pathologo-anatomischer Teil und klinischer Teil.

Im pathologo-anatomischer Teil gibt er die Theorien über die Entstehung und Entwicklung d. Zahnwurzelzysten an:

Auf Grund seiner mikroskopischer Untersuchungen kommt er zum Schluss, dass:

1⁰ Die Zahnwurzelzysten entstehen und entwickeln sich beim Zähnen mit abgestorbener Pulpa.

2⁰ Die Veränderungen im Wurzelhaut entsprechen d. Pericementitis chronica granulomatosa apicalis. Die Granulomen sind epithelführenden.

3o Die Prolieferation und die vakuolische Degeneration d. Epitheliums sind d. erste Stadium einer Zahnwurzelzyste.

4o Die Zahnwurzelzystehöhle einsteht durch fettige Degeneration d. Granulationsgewebe und d. Zusammenflussung d. Vakuolen.

5o Die Flüssigkeit einer Zahnwurzelzyste ist ein entzündlicher Exudat.

Im klinischer Teil gibt der Verfasser die genaue chronologische Beschreibung d. verschiedenen therapeutischen Kautelen d. Zahnwurzelzysten an. Weiter beschreibt er die operative Methode nach Partsch u. die totale Extirpation einer Zahnwurzelzyste.

Die Methode nach Partsch ist als klassische, die totale Extirpation — als radikale gennant.

Der Verfasser gibt die folgende Indikationen für jede Methode:

Im Oberkiefer operieren wir nach Partsch.

a. wenn eine Zyste Kiefer — oder Nasehöhle erreicht.
b. ew. wenn eine Zyste entwickelt sich bei Mahlzähnen besonders am Weissheitzahne.
c. bei chronisch vereiterten Zysten, wenn wir ein Zystenbalg extierpirt haben.
d. wenn die kleine Zyste gibt Buchten.

Im Unterkiefer

a. wenn eine breite Zyste gibt Buchten
b. wenn sie Canalis mandibularis erreicht.

Wir machen die totale Extirpation einer Zyste

Im Oberkiefer:

a. beim oberflächlichen Zysten
b. beim kleinen Zysten.

Im Unterkiefer

im denselben Bedingungen, o|o o|o häufiger als im Oberkiefer.

Dr. Gustaw RACIĄŻEK Warszawa

Gościec — współzawodnikiem gruźlicy.

Gruźlica, ten nieubłagany bicz ludzkości, znalazła groźnego współzawodnika w postaci gośćca. Że to, co mówię, nie jest bynajmniej zwrotem retorycznym, lecz smutną rzeczywistością, nadomiar złego niewielu tylko lekarzom znaną, niechaj uzmysłowią cyfry.

Według ostatnio dokonanych w Anglji obliczeń, szkodę, spowodowaną w tym kraju przez reumatyzm, ocenia się na czternaście miljonów funtów r o c z n i e, na którą to zawrotną sumę składa się z jednej strony całość wypłaconych chorym reumatykom zapomóg, wynoszących dwa miljony funtów, z drugiej — stracona bezpowrotnie wartość trzech miljonów tygodni roboczych, ocenianych przeciętnie po cztery funty angielskie.

Podobne dane otrzymujemy i z innych krajów, czujnie śledzących okrutne postępy tego nowego niebezpieczeństwa społecznego, przyczem dziś już nie ulega wątpliwości, że szkody, uczynione przez gościec, nawet w porównaniu z gruźlicą, wysuwają się pod względem gospodarczym bezwarunkowo na plan pierwszy; dość zważyć, że np. wydatki Berlina, spowodowane przez klęskę reumatyczną, przewyższają ośmiokrotnie ogólne koszty, związane z akcją przeciwgruźliczą, powszechnie uważane wszak dotychczas za bezkonkurencyjne.

Z i m m e r podaje, że jak wynika ze statystyk Kas Chorych w Berlinie za ostatnie lata, liczba zachorowań na reumatyzm jest 5,1 razy, zaś liczba dni przechorowanych jest 3 razy wyższa w porównaniu z gruźlicą.

Mniej więcej podobne alarmy na powyższy temat rozlegają się w Anglji, Holandji, Szwecji, Niemczech oraz Austrji. W Szwecji np. według tamtejszych statystyk, 20% kalek zawdzięcza swój los przebytemu gośćcowi.

Niema powodów do złudzeń, jakoby reumatyzm w sposób szczególny oszczędzać miał ludność naszego kraju, dlatego też zdecydowałem się na tem miejscu poruszyć nieco szerzej zagadnienie gośćca, tembardziej, że w dostępnem mi piśmiennictwie polskiem, nie poświęcono mu należytej uwagi.

Dość przejrzeć pewną liczbę kart pacjentów Kas Chorych, ażeby się wnet zorjentować, że również i u nas reumatyzm daje się ludności we znaki i w sposób zgoła zastraszający; jeśli porównamy odnośne rubryki ambulatoryjne tudzież szpitalne, dotyczące z jednej strony zgonów, z drugiej niezdolności do pracy, to z trudem tylko powstrzymamy się od wniosku, że skoro istotnie gruźlica wykreśla tysiące istnień z listy żyjących, to reumatyzm wykreśla dziesiątki tysięcy z listy pracujących.

Nie dziw, że zagadnienie gośćca stało się w szeregu krajów cywilizowanych przedmiotem gorliwych i systematycznych badań, przyczem trwale utrzymuje się ono w tym charakterze niejako na porządku dziennym. W wielu krajach powstały specjalne Komitety, poświęcone wyłącznie studjom nad tem cierpieniem, przyczem, gwoli powiązaniu badań w pewną łączną całość, wyłoniono międzynarodowy komitet centralny, urzędujący w Amsterdamie. Godzi się podnieść, że już na samym wstępie spotkano się z trudnościami, wynikającemi bezpośrednio z rozbieżności terminologicznych. Określenie reumatyzmu w wielu językach wywodzi się od pierwiastka „*Rheuma*", co oczywiście stanowi z punktu widzenia współczesnej o tem cierpieniu wiedzy, jedynie szkodliwy, bo niepotrzebnie sugerujący rzekomo ścisły związek z przeziębieniem anachronizm. Terminologja polska może pod tym względem poszczycić się nielada sukcesem, bowiem od wielu już lat posługuje się ściśle odrębnem mianem „gościec", przynależnem wyłącznie obchodzącej nas w danym wypadku chorobie—niesłusznie gdzieniegdzie jeszcze zwanej reumatyzmem.

Pozostawiając narazie bez uwzględnienia wszelkie dyskusje, jakie po dzień dzisiejszy toczą się na forum międzynarodowem na temat właściwego i uzgodnionego mianownictwa reumatyzmu, sprobujemy rozejrzeć się nieco szerzej w niewątpliwie ważniejszej pod względem praktycznym dziedzinie etjologji gośćca, która wciąż jeszcze stanowi dla badaczy puszczę pełną tajemnic i niespodzianek.

Przedtem jednak pokrótce wspomnimy o trudnościach, jakie napotyka odgraniczanie spraw stawowych, bezspornie na tle gośćca powstałych od innych schorzeń, rozwijających się w stawach. Nie kto inny, jak Wenckebach zaleca w rozpoznawaniu cierpień stawowych jaknajdalej idącą ostrożność i oświadcza się wręcz za postępowaniem *per exclusionem* tudzież metodą *ex juvantibus,* mając oczywiście na myśli salicyl.

Inni autorowie ostrzegają przed błędnem rozpoznawaniem spraw stawowych, rzekomo na tle dny powstałych, przyczem wskazują na fakty, że ustalenie na drodze mikrochemicznej poziomu kwasu moczowego we krwi bynajmniej nie posiada

rozstrzygającego w tym względzie znaczenia, jak to zaznaczają stale Goldscheider i badacze francuscy.

Interesujące są prace lekarza holenderskiego, I. van Breemena, który próbował drogą badań cytologicznych krwi uzyskać nowe podstawy do różniczkowania spraw stawowych; sam jednak wypowiedział się o swych wynikach ujemnie.

Nie bez znaczenia byłoby opracowanie metod dla umiejętnego odgraniczania postaci istotnie gośćcowych od niektórych zespołów, na tłe gruźlicy powstałych, nie dość wszakże dla dokładnego rozpoznania różniczkowego dostępnych, że przytoczymy takie na niezdecydowanem pograniczu stojące jednostki kliniczne, jak np. choroba Stilla lub wielorakie obrzęki stawów oraz gruczołów chłonnych u dorosłych.

Zakaźna geneza gośćca dziesiątki lat niepodzielnie panowała w umysłach klinicystów, dopatrujących się zarazka chorobotwórczego bądź w swoistych paciorkowcach, bądz w gronkowcach atoli i w tej dziedzinie usiłują ostatniemi czasy niektórzy autorowie poczynić poważne wyłomy, że przytoczymy referat badacza angielskiego (Sundell), wygłoszony niedawno (styczeń roku 1928) w Rzymie, a usiłujący dowieść, wbrew teorjom o zakaźnem pochodzeniu gośćca, że bynajmniej nie stanowi on odrębnej jednostki klinicznej, tak jak np. zapalenie płuc lub dur brzuszny, lecz że jest tylko wyrazem preegzystującej skazy gośćcowej. (Status rheumaticus)

Sundell nie odrzuca wprawdzie kategorycznie możliwości tła zakaźnego, utrzymuje wszakże, że ewentualny zarazek lub inny czynnik szkodliwy natrafia w napastowanym ustroju na teren szczególnie podatny w postaci skazy, a więc jakby na szczególne uczulenie ustroju na gościec, który to czynnik bujnie zaczyna się rozwijać, dając ogólnie nam znane zespoły kliniczne.

Oczywiście w oczekiwaniu dalszych wywodów Sundella możemy jednak już dziś dać wyraz swym wątpliwościom, trudno bowiem sobie wyobrazić, czemu to i pod wpływem jakiego mechanizmu zachodzi w gośćcu systematyczne schorzenie stawów, które przecież nie stanowią ze sobą ani czynnościowej, ani anatomicznej całości, jak np. układ nerwowy, krwionośny lub chłonny. Wnioski tedy Sundella narazie niewiele rzucają światła na zagadnienie gośćca.

Wprawdzie ukazały się ostatniemi czasy niezmiernie interesujące prace Ralpha Pembertona, usiłujące jakby ująć stawy w pewną zwartą korelacyjnie całość, mamy mianowicie na myśli badania, w których np. po podaniu doustnem cukru gronowego udało się go w krótkim czasie wykazać w płynie surowiczym torebek stawowych, co przemawiałoby za pewnym nieznanym nam oczywiście bliżej stosunkiem przewodu pokarmowego do stawów, jako układu.

Udało się również stwierdzić, że drogą tą t.j. via tractus intestinalis odbywa się częściowo odżywianie pozbawionych naczyń krwionośnych chrząstek. Powracając do rozważań nad etjologją, nie należy zapominać, że w ojczyźnie Sundella po dzień dzisiejszy od roku 1896 pokutuje pogląd Huntera, że gościec, jako choroba zakaźna, instaluje się najsamprzód w sercu, a stąd dopiero drogą przerzutów atakuje mięśnie, a w szczególności stawy.

Niewątpliwie najdonioślejsze pod względem praktycznym znaczenie miałoby ustalenie pierwotnych wrót zakażenia gośćcowego, wzgl. ognisk pierwotnego zakażenia. Niestety i pod tym względem ścierają się wzajemnie nieraz sobie przeczące poglądy, że przytoczymy jako curiosum tak biegunowo odmienne zapatrywania, jak teorja Wenckebacha i Pirqueta: podczas gdy pierwszy wrota zakażenia gośćcowego upatruje w migdałkach, drugi widzi w nich wręcz tylko narząd dla zarazków gośćcowych wydzielniczy. Przy sposobności dodamy, że tenże Pirquet podkreśla często obecność u chorych na gościec dzieci wysypki. Zjawisko to niema, oczywiście, nic wspólnego ze zmianami cyrkulacyjnemi w otaczającej chore stawy skórze, rzecz, która została szczegółowo opracowana przez Cobeta i Benedicta.

Wszelako, pod pewnym względem daje się ostatniemi czasy zauważyć jednomyślność w zapatrywaniach poszczególnych autorów, mianowicie, jeśli chodzi o ocenę roli, jaką odgrywa w całem zagadnieniu jama ustna, wzg. gardzielowa. Na podstawie istotnie imponujących statystyk zbudowano w Ameryce teorję t. zw. „Oral sepsis". Próbują tam udowodnić, że wrotami zakażenia gośćciowego w 48% jak to utrzymuje Lambert, a więc niemal w połowie przypadków są migdałki (Tonsillar-sepsis); jeśli zważyć, że, zdaniem Williama Willkoksa aż 72% zakażeń gośćcowych przypada na zęby, (Dental sepsis) to zaiste nietylko zabraknie nam miejsca na wszelkie inne etjologiczne możliwości, lecz nawet dojdziemy w tych (72% + 47%) ad absurdum.

Tem nie mniej, jak to już podnieśliśmy wyżej, dzisiaj już nie ulega wątpliwości, że niejako rdzeń zagadnienia tkwi w wyświetleniu istoty oral sepsis, w której to sprawie powinny się oczywiście wypowiedzieć kliniki wewnętrzne wespół ze stomatologicznemi.

Co należy rozumieć pod nazwą „Oral sepsis" ? Jak to powszechnie wiemy, w następstwie ostrego zapalenia migdałków, rozwija się często zapalenie zastawek serca, bądź też ulegają schorzeniu nerki, mięśnie lub stawy. Mniej więcej podobne następstwa konstatujemy tak samo prawie często w przebiegu przewlekłego zapalenia migdałków *(Tonsillitis chronica)*, nie ujawniającego się ani ich powiększe-

niem, ani szczególnem zaczerwienieniem. Znajdujemy jednakże w ich głębi podczas skrupulatnego badania ropiejące czopy. O roli tych czopów tudzież o roli całego pierścienia chłonnego gardzieli w patologji pisał w swoim czasie Mieczysław Gantz (Warsz. Czasop. Lek. № 10—1925), ograniczymy się wobec tego jedynie do stwierdzenia na tem miejscu, że po wyłuszczeniu migdałków sprawa chorobowa często raptownie ustaje, i chory powraca do zdrowia; czyżby więc to nie upoważniało nas do wyrażenia przypuszczenia, że zawarte w czopach migdałków drobnoustroje ropne były źródłem zakażenia ustroju i że ze swego siedliska (*focus*) podsycały chorobę?

Podobne ogniska znajdujemy nietylko w migdałkach, lecz i w dziąsłach; mamy więc przed sobą bądź to ropotok zębodołowy (*Pyorrhoea alveolaris*) bądz tak zwany ziarniniak (*granuloma dentis*). Pierwszy przypadek jest stosunkowo niewinny, gdyż już przy lekkiem naciśnięciu dziąsła w kierunku do szyjki zęba, ropa zaczyna się obficie sączyć nazewnątrz, sprowadzając automatycznie szanse przeniknięcia zarazka do ustroju do *minimum*. O wiele poważniej przedstawia się rzecz w drugiej kategorji przypadków, mianowicie ze strony ziarniniaków. Niebezpieczeństwo dla ustroju powstaje stąd, że w zębach, zwłaszcza plombowanych, ognisko zakażenia, tkwiące w korzeniu, dotkniętym próchnicą, zostaje od góry zablokowane i zaczyna szerzyć się wgłąb. Wkrótce w otoczeniu korzenia, nieomal zupełnie uległego rozpadowi, wytwarza się tkanka ziarniniakowa, zazwyczaj otorbiona, przyczem, co należy z naciskiem podkreślić, w torbieli granulomatycznej przeważnie, bo aż w 90% przypadków, stwierdzić możemy obecność paciorkowców (Falta). Oczywiście, zawartość torbieli, hermetycznie przez plombę odgrodzona od świata zewnętrznego, stanowi dla jej nosiciela trwałą i złowieszczą groźbę, tem więcej, że naciskanie na ząb podczas jedzenia sprzyja zepchnięciu paciorkowców z torbieli ziarniniakowej do przestrzeni chłonnych, a stamtąd do krwiobiegu. Niebezpieczeństwo uświadomimy sobie dostatecznie po dokładnem wejrzeniu w anatomję patologiczną owych torbieli; mianowicie, tkanka torebek granulomatycznych jest obficie wydrenowana rurkami limfatycznemi z otoczenia. Praktycznie nie jest bez znaczenia okoliczność, że dotknięte podobnym ziarniniakiem zęby bynajmniej nie powodują bólu nawet podczas opukiwania, jak również nie zdradzają swym wyglądem zaczajonego w ich korzeniach, tak brzemiennego w skutki ogniska. Jedynie badanie rentgenologiczne wykrywa istotę sprawy, i po usunięciu zęba zabezpiecza się chorego przed nieobliczalnemi niekiedy skutkami dental sepsis.

Wszelako niekiedy i ten nawet bezwzględnie właściwy zabieg zawodzi, i musimy w takich razach sądzić, iż czynnik

paciorkowcowy zdołał poza głównem ogniskiem utworzyć sobie jakby ekspozyturę w innych narządach, skąd niepłoszony nieci swą niszczycielską akcję.

Jak już podnosiliśmy wyżej, nauka o focal infection, względnie z jej pododdziałem oral-dental infection, spotkawszy się z entuzjastycznem przyjęciem, wkrótce jednak, zwłaszcza w Ameryce, wkroczyła na niebezpieczne tory przesady. Zdaniem lekarzy amerykańskich, chore zęby stanowią stałe źródło zakażenia poza gośćcem również i dla takich cierpień, jak wrzód żołądka, kamica nerkowa i żółciowa, zapalenie wyrostka robaczkowego, trzustki, a nawet dla chorób psychicznych. Dość przytoczyć, że według H. Majo przyczyny schorzeń, wymagających interwencji chirurgicznej, aż w 80 procentach upatrywać należy w chorych zębach.

Tak więc wybitnie przesadzone statystyki angielskie oraz amerykańskie doznają jednakże w Niemczech rzeczowej, acz krytycznej oceny, przyczem Weiss i Schmidt np. w całości podtrzymują tezę angielską, redukując oczywiście odsetek dental sepsis do, bądź co bądź, pokaźnej pozycji 56%, przypisywanych wszakże wyłącznie tylko prawie przypadkom gośćca przewlekłego. Jest niezmiernie interesujące, że dopiero co zacytowany przez nas Z. Schmidt, mówi stanowczo o zaraźliwości nietylko przewlekłej, lecz i ostrej formy gośćca. Niestety, autorowie ograniczają się tylko do budowania hipotez bez dostarczania przekonywujących dowodów.

Tak samo jedynie akademickie i teoretyczne znaczenie posiada propozycja H. Straussa wyróżniania tych postaci które *a priori* rozwijają się przewlekle, mianem *arthrosis.* Gdybyż to rzuciło choć nieco światła na tę tak ciemną sprawę!

Podobnego zdania jesteśmy, zresztą, również o próbach Jacques Kronera, usiłującego na łamach „Medizinische Welt" 1928 Nr. 12 wprowadzić do i tak zawikłanej dziedziny niezmiernie skomplikowaną klasyfikację reumatyzmu.

Co się tyczy leczenia i zapobiegania gośćcowi, to, jak to słusznie zaznacza Poyonton, salicyl nie wyczerpuje kwestji, i pod szczególną uwagę powinna być brana okoliczność, że losy chorego na ostry gościec w wysokim a nawet częstokroć decydującym stopniu zależne są od tego, czy po minięciu ostrego stanu gorączkowego nie podjął chory zbyt szybko swej pracy zawodowej oraz czy poddany został w przypadku przykurczeń mięśniowych stosownym masażom i innym zabiegom ortopedycznym. Zaniedbywanie tej tak nieodzownie koniecznej opieki prowadzi w wielu razach do tak dramatycznych następstw, jak np. całkowity bezwład tak dobrze znany naszym szpitalom, które są nieraz zmuszane gościć tego rodzaju inwalidów jubilatów przez ćwierć wieku.

Reasumując wszystko, co powiedziałem, pragnąłbym, ażeby szkic mój dostatecznie motywował potrzebę

1) niezwłocznego opracowania w Polsce statystyki gośćca, ze szczególnym uwzględnieniem ewentualnego związku z alkoholizmem,

2) ścisłej współpracy w tej dziedzinie kliniki wewnętrznej ze stomatologiczną,

3) rozszerzenia, zwłaszcza na terenie Kas Chorych, interwencji rentgenologicznej we wszystkich przypadkach gośćca.

4) zatroszczenia się o dalsze losy rekonwalescentów (?) gośćcowych drogą dostarczania im odpowiednich warunków pracy i stałego utrzymywania w ewidencji.

(Warszawskie Czasopismo Lekarskie Nr. 11. 1928.)

Studjum o świderku dentystycznym.

Jakkolwiek świderek jest najważniejszym naszym technicznym sprzymierzeńcem, mało kto zastanawiał się nad jego rolą i wartością. Nikt nie pyta nigdy o surowiec, z jakiego jest sporządzony, ani nie zastanawia się nad formą obtoczenia. Tymczasem wiemy dobrze, jak ważną spełnia on nieraz rolę, szczególnie wówczas, gdzie chodzi o zęby poważniej zagrożone, a wymagające jak najmniejszego opiłowania. Wtenczas to nastawienie świderka decyduje o jakości wykonania i utrzymania czy zniszczenia zęba.

Ciekawą jest rzeczą, że podczas gdy każde narzędzie inne oglądamy krytycznie i zastanawiamy się, czy odpowiada swemu przeznaczeniu, rzadko kiedy przypatrujemy się świderkowi. Wprawdzie odczuwamy, że jeden jest ostry, drugi zbyt tępy, ale zupełnie nas to nie irytuje, że zbyt zadużò od razu zbiera, albo wżłabia się nieprawidłowo, czy wreszcie, że w czasie obrotów swoich zatyka się we własnem wżłobieniu.

Firma de Trey, słynąca z fabrykacji doskonałych świderków, wydała broszurę pod tytułem „Studie über Zahnbohrer" Rudolfa Funke z Düsseldorfu. Broszurka ta zawiera stron 42 i ma 80 ilustracyj. Zrozumiałe, że różnicy tak delikatnych narzędzi, jak świderki, nie rozpozna się często gołem okiem. Trzeba skutkiem stosowanej przy fabrykacji precyzji, posługiwać się nieraz nawet drobnowidzem. Przeglądając kartki tej ciekawej broszurki, widzimy jak odmiennie mogą być sporządzane świderki, dajmy na to różyczkowe, albo koliste. Nie wyobrażamy sobie wcale, że łatwość i skuteczność naszych zabiegów we wielkiej mierze zależna jest także właśnie od nastawienia pochylenia świderka i jego krojni. Świderek nie powinien nigdy kroić, jak hebel np., a raczej winien skrobać. Dlatego też najlepiej odpowiada nam świderek taki, który ma swoje krojnie w pochyleniu nieco mniejszem aniżeli o 90 stopniach. Broszurka zawiera cały szereg uwag niezwykle cennych. Mówi o surowcach, jakiemi posługiwać się należy przy fabrykącji, dalej wykazuje na podstawie badań naukowych, że świderek nie powinien być zbytnio zahartowany. Odwrotnie winien mieć pewną sprężystość, aby mógł elastycznie skrobać, ale za to oparty być musi na obsadzie bardzo twardej. Autor pozatem wyjaśnia jeszcze przyczyny

tępienia się świderków, to przez nieumiejętne albo niewłaściwe manipulowanie. Bezwzględnie jednak odradza od ponownego ostrzenia tychże, gdyż żaden świderek stępiony nie uzyska już nigdy pierwotnej swojej ostrości. Wyostrzenie więc, nawet precyzyjne, daje narzędzie tylko półwartościowe, a jeżeli ono samo już kosztuje, to lepiej kalkuluje ten, który nie utrudnia sobie pracy, kupując zawsze nowe świderki. Do tego przekonania doszedł także amerykański świat dentystyczny, który odrzuca stępione świderki tak samo, jak ogólnie odrzuca się zużyte giletki.

Dobry świderek może być sporządzony tylko przy zachowaniu największej precyzji i zapomocą najczulszych maszyn. Powtarzamy: każdy praktyk powinien znać dlatego chód i działanie każdego świderka, aby jak najoszczędniej zbierał substancję zębinową. Broszurka poucza pozatem, jak należy unikać stępienia, szczególnie przy czyszczeniu świderków. Nabyć może ją każdy lekarz-dentysta który zwróci się do firmy de Trey, Berlin W 66, Mauerstr. 93, Solila Haus.

KRONIKA

III Polski Zjazd Stomatologiczny w Krakowie. W pierwszy dzień Zielonych Świąt po nabożeństwie w kościele akademickim św. Anny nastąpiło uroczyste otwarcie III. Polskiego Zjazdu stomatologów, który odbył się w Krakowie pod protektoratem rektora U. J. prof. dra Leona Marchlewskiego.

W podniosłym nastroju powitał prof. Dr. Łepkowski, przewodniczący Kom. Organizacyjnego, uczestników Zjazdu, którzy nie zważając na trudności, pospieszyli z najdalszych stron Polski, by móc zapoznać się z najnowszemi problematami wiedzy dentystycznej, a z drugiej strony zwiedzić pamiątki Krakowa. Ta wymiana myśli, to zebranie z różnych części kraju ma jeszcze jedno wielkie znaczenie, mianowicie ułatwia zjednoczenie, które tak opornie dotąd postępuje.

Po przemówieniu prof. Łepkowskiego nastąpił wybór prezydjum Zjazdu. Przewodniczącym Zjazdu wybrano prof. dr. A. Cieszyńskiego ze Lwowa, prof. dr. Wilgę z Warszawy, sekretarzem generalnym Zjazdu p. dr. Skutecką ze Lwowa, Prof. Cieszyński, dziękując za wybór, w krótkiem i pięknem przemówieniu powitał Zjazd, a następnie przypomniał, że Zjazd łączy się z 25-leciem pracy nauczycielskiej prof. Łepkowskiego i jego dyrekturą Instytutu Stomatologicznego U. J. Z tejże okazji złożył serdeczne gratulacje prof. Łepkowskiemu.

Następnie zabierali głos: imieniem rektora U. J. i własnem prof. dr. Ciechanowski, dziekan Wydz. lekarskiego; imieniem rządu dr. Wróblewski, nacz. lek. wojewódzki; imieniem miasta fizyk dr. Owsiński, imieniem wojskowości pułk. dr. Maciąg, imieniem Tow. Lekarskiego prof. dr. Latkowski, imieniem Izby Lek. dr. Strzemieński, wkońcu prezesi i przedstawiciele Związku. Jak nić przewodnia przez wszystkie przemówienia snuła się myśl, by powitać jak najserdeczniej przedstawicieli stomatologji całej Polski i uczcić zasługi niezmordowanego pionera, prof. Łepkowskiego, pierwszego profesora tej gałęzi wiedzy lekarskiej na ziemiach polskich.

Wśród gości zauważyliśmy prof. dr. Maksa Melchiora, przedstawiciela rządu duńskiego, dyrektora instytutu stomatolog. w Kopenhadze.

Po przemówieniach powitalnych i gratulacyjnych, prof. Łepkowski wygłosił odczyt naukowy: „Przeszłość, teraźniejszość i przyszłość dentystyki". Po przerwie prof. Cieszyński przedstawił plan rozmieszczenia lekarzy i stomatologów na ziemiach

polskich. W godzinach popołudniowych pp. Łepkowscy przyjmowali przedstawicieli władz, nauki i gości zaproszonych w Bronowicach Wielkich.

Część gości zwiedziła saliny wielickie.

Wieczorem odbył się raut w salach starego Teatru, przygotowany przez Komitet organizacyjny.

28 maja—posiedzenie naukowe, w godzinach popołudniowych — wycieczka autami do Parku Ludowego na Woli Justowskiej i do klasztoru Kamedułów na Bielanach, wieczorem przedstawienie w teatrze miejskim Juljusza Słowackiego.

29 maja — posiedzenie naukowe i zamknięcie zjazdu.

Na Zjazd przybyło około 300 lekarzy-dentystów i stomatologów z całej Polski. Kierownictwo Komitetu organizacyjnego spoczywało w rękach prof. dr. Łepkowskiego i dr. Wodnieckiego (przewodniczący), dr. Drozdowskiego (sekretarz) i dr. Hebera (skarbnik).

6-ta międzynarodowa wystawa dentystyczna w Niemczech. Rozbudowa wystawy dentystycznej, urządzanej przez związek fabrykantów niemieckich w dniach 26—30 września r. b. w Berlinie, posuwa się stale naprzód. Z zagranicy napływa stale tyle eksponatów, że trudno będzie umieścić je w lokalach, przeznaczonych specjalnie dla firm zagranicznych. Wyznaczone na ten cel dwie hale zostały wybrane bardzo fortunnie. Przez nie prowadzi droga do restauracji wystawowej, do której wstępuje prawie każdy zwiedzający wystawę; wracając z restauracji, każdy musi przejść przez jedne lub drugie drzwi zagranicznego pawilonu. Zresztą zrozumiałem jest, że podczas wystawy międzynarodowej każdy będzie się pytał o dział zagraniczny, chcąc zobaczyć, co ofiaruje zagranica. W listach nadchodzących na ręce kierownictwa wystawy, najsławniejsze firmy dentystyczne zgłaszają chęć nadesłania swoich eksponatów na wystawę a kierownictwo dokłada wszelkich starań, by w miarę możności zadość uczynić prośbom wystawców. Wynalazcy zgłaszają się coraz częściej. Ciekawym jest fakt, że wiele zagranicznych składów nadesłało zawiadomienie, że reprezentanci tychże przybędą na wystawę celem obejrzenia nowości dentystycznych. Z różnych stron nadchodzą wieści, że lekarze-dentyści mają zamiar zorganizować zbiorowe zwiedzenie wystawy i zapytują o ulgi kolejowe. Nie ulega wątpliwości, że kierownictwo wystawy postarą się w miarę możności, by zaprezentować najlepsze wyroby dentystyczne świata i uczyni wszystko, by umożliwić najdogodniejsze zwiedzanie wystawy przez liczne rzesze lekarzy-dentystów i fabrykantów branży dentystycznej.

Wszystko przemawia za tem, że zagraniczni fabrykanci dzięki dobrej sprzedaży będą mieli rekompensatę, za ponie-

sione koszta. Zresztą zostaje osiągnięty najidealniejszy cel — rozwój dentystyki a tem samem podniesienie stanu zdrowotności. Z czystem sumieniem można zalecić tę dobrą, może najlepszą okazję propagandy swoich wyrobów, dla tego też kto jeszcze nie zgłosił uczestnictwa, powinien bezwzględnie natychmiast to uczynić. Lekarze-dentyści będą mogli przez porównanie eksponatów, zapoznać się z tem, co jest najlepszego w dziedzinie urządzenia, narzędzi i materjałów.

Podstawowe ulepszenia na polu dentystyki zostały dokonane podczas samej praktyki. Praktykujący lekarz-dentysta, wykonując dzień w dzień pewne zabiegi, widzi co powinno być ulepszone lub zmienione. Zastanawia się więc często, rozmyśla i próbuje a w wyniku tych doświadczeń rodzą się wynalazki i ulepszenia, które stanowią nowe ery w dentystyce i stają się dobytkiem ogółu. Wynalazca wchodzi w kontrakt z fabrykantem dentystycznym, proponując wykonanie wynalazku i ciągnie również korzyści materjalne. Rozwój przemysłu dentystycznego można zidentyfikować z wynikami doświadczeń i prób dzielnych praktyków zębolecznictwa. Bardzo często wynalazca nie może praktycznie urzeczywistnić pomysłu swego z braku kontaktu z fabrykantem. Otóż bardzo dobrą i słuszną jest myśl urządzenia na wystawie tej działu wynalazczego, gdzie ci, którzy mają jakiś nowy pomysł o praktycznej wartości, mogą za nizką opłatą zademonstrować go przedstawicielom przemysłu dentystycznego i omówić sposob technicznego wykonania. Celem ochrony własności wystawa zajęła się obroną wynalazków i zaangażowała prawnika, specjalnie obeznanego ze sprawą patentów, który jest do dyspozycji obydwuch stron. Wynalazcy zagraniczni zostali również zaproszeni do tego działu.

Jak się dowiadujemy, przygotowania do 6-tej wystawy międzynarodowej pozwalają liczyć na wielkie zainteresowanie i liczny udział świata dentystycznego.

6-y Zjazd Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego. Komitet Wykonawczy Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego, w skład którego wchodzą: prof. Gunn w zastępstwie prof. Theobalda Smitha, prof. Calmette, dr. Dewez, prof. Raffaele Paolucci, Sir Robert Philip, prof. Leon Bernard, sekretarz generalny dr. F. Humbert, zastępca gen. sekretarza, ustalił na posiedzeniu dnia 26.I. b. r. w Paryżu prowizoryczny program VI-go Zjazdu Międzynarodowego, który odbędzie się w Rzymie od 24—29 września b. r. pod auspicjami włoskiego związku przeciwgruźliczego. Wybór referentów, którzy mają opracować i wygłosić trzy programowe referaty z dziedziny gruźlicy, został dokonany jak następuje: 1) Temat biologiczny: „Postaci przesączalne zarazka gruźliczego“ — prof. Calmette z instytutu Pasteura w Paryżu,

2) Temat kliniczny: „Rozpoznawanie gruźlicy dziecięcej" — dr. Rocco Jemma, profesor uniwersytetu w Neapolu. 3) Temat społeczny: „Organizacja profilaktyki przeciwgruźliczej na wsi" — dr. Willjam Brand, z angielskiego związku przeciwgruźliczego.

Liczba tematów, które będą przedmiotem dyskusji, została ściśle ograniczona do trzech wyżej wymienionych. — Wszelkie doniesienia, niedotyczące wymienionych zagadnień, nie będą przyjęte.—

Obok powyższych trzech tematów głównych będą wygłoszone (bez dyskusji) następujące referaty: 1) „Wspomnienie o C. Forlaninim" — prof. E. Morelli z uniwersytetu w Pawji. 2) „Leczenie chirurgiczne gruźlicy płuc" — prof. Brauer z Hamburga. 3) „Ubezpieczenie obowiązkowe od gruźlicy we Włoszech" — referent włoski. 4) „Organizacja przeciw gruźlicza w przemyśle medjolańskim" — referenci: prezes konfederacji przemysłu, inżynier i lekarz-inspektor fabryczny.

Zwiedzanie głównych ośrodków organizacji przeciwgruźliczej we Włoszech będzie udostępnione uczestnikom zjazdu od dnia 15 września b. r. Program wycieczek zostanie później ustalony i przesłany uczestnikom zjazdu.—

Członkowie Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego są zaproszeni na zjazd i otrzymują bezpłatnie sprawozdania. Udział swój winni zgłosić za pośrednictwem Departamentu Służby Zdrowia (Min. Spraw Wewnętrznych) lub Polskiego Związku Przeciwgruźliczego (Warszawa Chocimska 24) do dnia 15 lipca b. r.

W Zjeździe mogą wziąć również udział lekarze, którzy nie są członkami Międzynarodowego Związku Przeciwgruźliczego przedstawieni przez Dep. Służby Zdrowia (M. S. W.) lub Polski Związek Przeciwgruźliczy, Chocimska 24.

Opłata za udział w Zjeździe wynosi 100 lirów od osoby.

Członkowie Zjazdu, którzy pragną wziąć udział w dyskusji i wypełnili powyższe warunki zapisu, mogą być zawczasu zgłoszeni za pośrednictwem Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, o ile nadeślą odpowiednie zawiadomienia do dnia 15 lipca b. r. W dyskusji pierwszeństwo będą mieli ci uczestnicy zjazdu, którzy sie wcześniej zapiszą do głosu.

Pierwszy zjazd lekarzy szpitalnych i działaczy samorządowych w Łodzi. 16 czerwca r. b. w sali obrad rady miejskiej obradował pierwszy zjazd lekarzy i działaczy samorządowych szpitalnych w Łodzi. Zjazd zgromadził około 150 uczestników ze wszystkich dzielnic Rzeczypospolitej. Obrady zagaił przewodniczący komitetu organizacyjnego prezydent Ziemięcki, poczem powołano prezydjum, w skład którego weszli: przewodniczący zjazdu dr. Wincenty

Bogucki, wiceprezydent m. st. Warszawy, dr. Kunicki z Krakowa, dr. Szulc z Poznania, na sekretarza generalnego zaś powołano p. Stanisława Kempnera, naczelnika wydziału zdrowotności w Łodzi.

Przemówienie powitalne wygłosił prezes rady miejskiej inż. Holcgreber. W imieniu urzędu wojewódzkiego zjazd powitał naczelnik Zakrzewski, w imieniu ministerstwa pracy i opieki społecznej p. Jan Wojciechowski.

Pierwszy referat wygłosił dr. Józef Zawadzki z Warszawy, omawiając rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej z dn. 22 marca 1928 r. o zakładach leczniczych i samorządach. W referacie swym wskazał dr. Zawadzki, że sprawa szpitalnictwa oddawna domagała się rozstrzygnięcia, w Państwie Polskiem obowiązywały bowiem cztery ustawy szpitalne: dla b. Królestwa, dla kresów wschodnich, dla Galicji i b. zaboru pruskiego. Ujednostajnienie tych przepisów stało się koniecznością. Koniecznością było również przystosowanie się do warunków współczesnego lecznictwa. Dzieląc zakłady na publiczne i prywatne, rozporządzenie ma na względzie nadanie szpitalom publicznym pewnej samodzielności i oparcie ich o samowystarczalne źródła dochodu. Tworzy więc z nich jakgdyby jednostki niezależne, z własnym statutem, nadaje im szerokie prawa publiczności i nakłada szereg obowiązków.

Teza, zawarta w rozporządzeniu o samowystarczalności szpitali, sprowadza się do tego, że brakujące do wyrównania budżetu sumy pokryć musi samorząd, przedewszystkiem odnośnie chorych ubogich, w 50 proc. za chorych, przysłanych przez Kasę Chorych, oraz za chorych z innych gmin, o ile dłużej niż rok mieszkają w danej gminie, wreszcie szpitale łożyć muszą na wszelkie inwestycje.

Referent występuje wreszcie z wnioskiem, aby zwrócić się do ministerstwa spraw wewnętrznych o wyjednanie odroczenia terminu, o wprowadzenie w życie Rozporządzenia z dnia 22 marca r.b. do czasu wydania ustawy o zasileniu funduszów samorządowych nowemi uprawnieniami na cele szpitalnictwa. Zwrócić się do ministerstwa spraw wewnętrznych o wydanie przed wprowadzeniem w życie rozporządzenia wszystkich przepisów wykonawczych, przewidzianych w rozporządzeniu i o przekazie tych przepisów przed wydaniem radzie samorządowej. Wniosek ten został przyjęty.

Jako koreferent wystąpił p. dr. Mittelsztadt, który zgłosił następujący wniosek, przyjęty przez zjazd:

1) Zwrócić się do ministerstwa spraw wewnętrznych, min. pracy i opieki społecznej oraz do ogólnopaństwowego związku kas chorych z przedstawieniem, że w miastach większych i przemysłowych zarządy kas chorych powinny przystą-

pić do budowy własnych szpitali ogólnych; 2) zwrócić się do min. spr. wewnętrznych o skuteczną inicjatywę tworzenia w miastach wojewódzkich i powiatowych t. zw. „związków szpitalnictwa", w których skład wchodziłyby miasta wydzielone, sejmiki i kasy chorych. Celem ich byłaby rozbudowa, ulepszenie i prowadzenie szpitali ogólnych; 3) walka z gruźlicą, chorobami wenerycznemi, alkoholizmem, tak w sensie zapobiegawczym, jak leczniczym, powinna być na terenie województwa, względnie dużego miasta, skoordynowana i prowadzona pod jednem kierownictwem i kosztem samorządu wojewódzkiego, miast wydzielonych, sejmików i kas chorych; 4) zwrócić się do min. spraw wewnętrznych o skuteczną inicjatywę w urzędach wojewódzkich, w sprawie utworzenia związków wojewódzkich dla opieki nad umysłowo-chorymi.

W skład komisji wykonawczej weszli: dr. Bogucki, dr. Jakimiak, dr. Gabarczewski z Lublina, dr. Szulc z Poznania i dr. Kunicki z Krakowa.

Wystawa Przyrodniczo-Lekarska w Łodzi. Przez cały czerwiec czynną była w Łodzi wystawa przyrodniczo-lekarska p. n. „Człowiek zdrowy i chory".

W wystawie wziął udział cały szereg instytucyj: Kasa Chorych, Czerwony Krzyż, Szpitale w Kochanówku, Anny Marji, im. Poznańskiego, Państw. Zakład Badania żywności, Miejska Pracownia Psychologiczna, Miejska Pracownia Przyrodnicza i wiele innych.

Dochód przeznaczono na cele propagandy nauk przyrodniczych.

Kasa Chorych m. Łodzi. (Do sprawozdania za rok 1927)

Pomoc dentystyczna

	Nazwa Lecznicy	Liczba zatrudn. lekarzy-dent.	Liczba godz. dzien. ordyn.	Liczba udzielonych porad	% ogólnej ilości porad
1)	Przychodnia przy ul. Kopernika	33	132	145.939	43,8
2)	Przy lecznicy III-ej	11	42	51.148	15,4
3)	„ „ IV-ej	5	19	25.782	8,2
4)	„ „ VI-ej	1	3	3.157	1,0
5)	„ „ VII-ej	4	20	28.123	8,4
6)	Przy fabr. Geyera	} 9	} 36	} 49.503	} 15,2
7)	Przychodnia dent. przy ul. Emilji 5				
8)	Przy fabryce Poznańskiego .				
9)	W Rudzie Pabjanickiej . .	1	4	5.261	1,6
10)	W Aleksandrowie	1	3	2.674	0,7
11)	W Konstantynowie	1	3	3.443	0,9
12)	W Zgierzu	4	15	16.078	4,8
	Razem . .	70	277	331.313	100

Jak wynika z tabeli gros porad przypada na przychodnię dentystyczną przy ul. Kopernika. Zakład ten znajduje się pod kierownictwem specjalisty lekarza-stomatologa, który stale tam pracuje.

Liczba udzielonych porad w roku 1927 wynosiła 331.313, liczba godzin ordynacji lekarzy dentystów 73.696^{45}, t. j. dziennie 245 godzin dentystycznych. Na 1000 ubezpieczonych wypada dziennie 1,3 godziny dentystycznej. W ciągu godziny przeciętnie udzielono 4,5 porady. 27 osobom pokryto koszta protez zębnych.

„Hygjena pracy". Ukazał się № 1 kwartalnika p. n. „Higjena pracy", czasopisma poświęconego fizjologji, patologji oraz bezpieczeństwu pracy. Redaktor i wydawca: Dr. Gustaw Raciążek. Zeszyt zawiera szereg bardzo ciekawych prac, które wymieniamy w kolejnym porządku:

Dr. A. Landau, Dr. J. Bauer i Dr. Grochowski: „O zatruciu ołowiem".

Prof. Dr. K. Żurawski: „O zawodowych chorobach skóry".

Dr. M. Grzybowski: „Wyprysk, jako choroba zawodowa"

Dr. J. Luxenburg: „Praca, jako przedmiot badań lekarskich"

Dr. G. Raciążek: „Projekt Organizacji Lekarskiej Inspekcji Pracy".

Doc. Dr. G. Szulc: „Pracownie fizjologiczno-lekarskie dla celów naukowej organizacji".

Z innych działów czasopisma wymienić należy: przegląd czasopism, komunikaty B. I. T., sprawy bieżące.

Następny № 2 „Hygjeny Pracy" poświęcony będzie sprawom: hygjeny wzroku ze szczególnem uwzględnieniem racjonalnego oświetlenia warsztatów pracy, walce z pyłem fabrycznym, objawom nerwowości u robotników, związku pracy fabr. z regulacją miast i wielu innym.

„Lekarz Wojskowy". Ukazał się № 3—4 miesięcznika „Lekarz Wojskowy", poświęcony prof. dwi Janowi Rapczewskiemu z okazji przypadającego w maju r. b. 50-cioletniego jubileuszu Jego lekarskiej i naukowej działalności. Imponującą całość miesięcznika stanowią liczne prace z dziedziny medycyny ogólnej i wojskowej, streszczenia w językach polskim, francuskim i niemieckim, varia, przegląd czasopism, kronika, dział urzędowy. Wydanie s'aranne, druk wyraźny, papier doskonały.

Druk. I. M. Strykowski Łódź, Piotrk. 35.